



2010 | Comité Especial de la CEPAL
sobre Población y Desarrollo
Santiago, 12 a 14 de mayo de 2010

Distr.
LIMITADA

LC/L.3216(CEP.2010/3)
5 de mayo de 2010

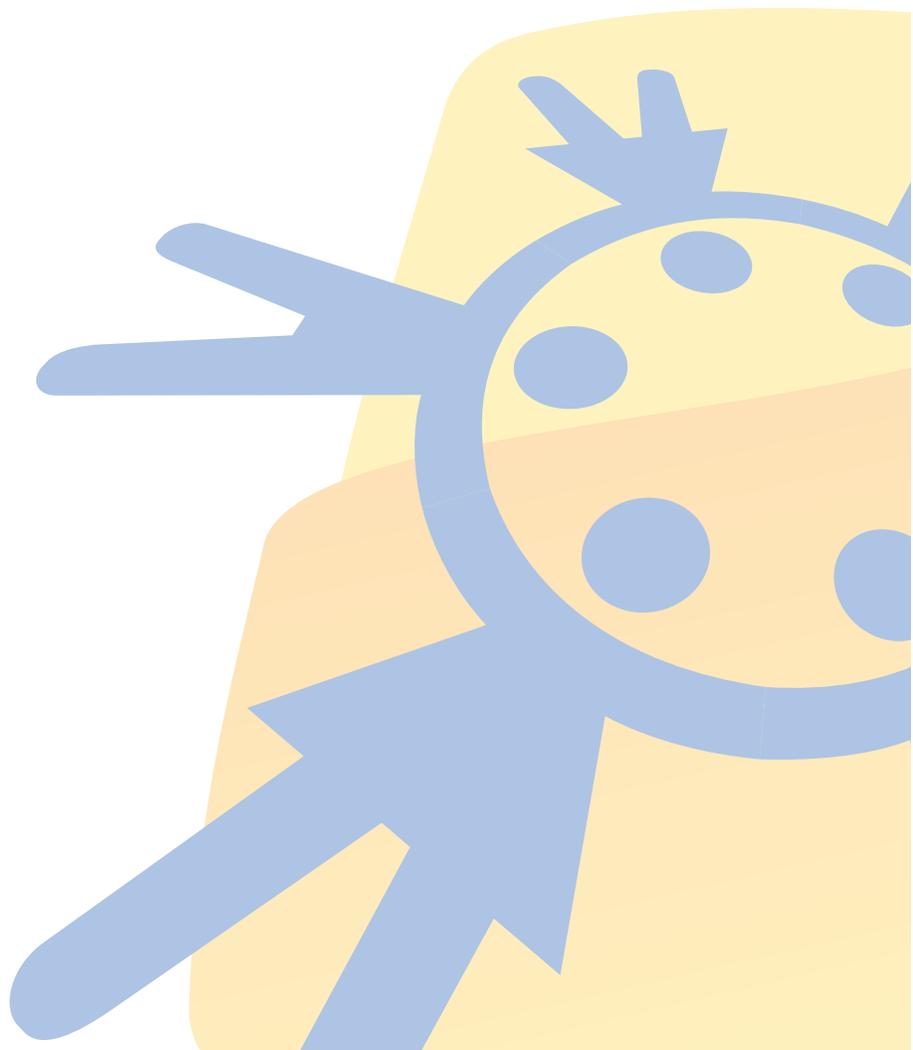
ORIGINAL: ESPAÑOL

Población y salud en América Latina y el Caribe: retos pendientes y nuevos desafíos

2010-205



NACIONES UNIDAS



Este documento fue elaborado bajo la dirección de Dirk Jaspers_Faijer, Director del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, y la coordinación de Magda Ruiz, Asesora Regional en Demografía e Información sobre Población de la misma División, y contó con la colaboración de Mario Acuña, Guiomar Bay, Fabiana Del Popolo, Mariachiara Di Cesare, Juan Chackiel, Álvaro Franco, Daniela González, Mauricio Holz, Sandra Huenchuan, Maren Jiménez, Carl Mason, Ciro Martínez, Jorge Martínez, Tim Miller, Ana María Oyarce, Carla Parraguez, Tuuli Pajunen, Ignez Helena Perpétuo, Jorge Rodríguez, Leandro Reboiras, Fernanda Stang, Susana Schkolnik, Paulo Saad y Laura Wong.

Se agradece el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) en la preparación de este documento.

ÍNDICE

	<i>Página</i>
Resumen ejecutivo	7
Presentación	13
PRIMERA PARTE	15
Capítulo I	
Los acuerdos internacionales: un referente para la región en los temas de salud	17
A. A 30 años de Alma Ata.....	18
1. El enfoque de los determinantes sociales: un marco renovado para la atención primaria de salud.....	19
B. A 15 años de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de El Cairo	21
C. A 10 años de los Objetivos de Desarrollo del Milenio	23
D. Cerrar las brechas en materia de salud y salud sexual y reproductiva: una tarea pendiente	24
Capítulo II	
La salud y la protección social en el marco de la dinámica demográfica, el desarrollo y los derechos	27
A. El derecho a la salud y la protección de la salud	28
1. El derecho a la salud en el contexto internacional	28
2. Contenido y forma de aplicación del derecho a la salud.....	28
B. Las necesidades sanitarias y la protección de la salud en el contexto demográfico	29
C. Protección de la salud, gasto y factores demográficos	30
D. Los grupos específicos de la población y la protección de la salud.....	32
SEGUNDA PARTE	35
Capítulo III	
La evolución de la mortalidad en América Latina y el Caribe desde 1950 hasta 2010	37
A. Tendencias de la esperanza de vida al nacer.....	37
B. La mortalidad infantil y en la niñez.....	39
1. El descenso de la mortalidad infantil y en la niñez y las metas establecidas	42
2. La mortalidad neonatal y posneonatal.....	44
3. Diferencias sociales de la mortalidad infantil y en la niñez	46
4. Morbilidad, acceso a los servicios de salud y prevención de las enfermedades en la niñez	48
C. La mortalidad de la población joven	52
1. Los años de vida perdidos durante la juventud	53
D. La mortalidad de la población adulta mayor	56
Capítulo IV	
El perfil epidemiológico de América Latina y el Caribe	61
A. La dinámica epidemiológica de la región	63
B. Las perspectivas de la mortalidad según causas	67

Capítulo V

Hacia el cumplimiento de las metas establecidas de salud sexual y reproductiva	71
A. Tendencias recientes de la fecundidad en América Latina y el Caribe	71
B. Situación de la salud sexual y reproductiva.....	73
1. La fecundidad adolescente	74
2. La salud materna	76
3. La prevalencia anticonceptiva y la demanda insatisfecha de planificación familiar...	78
4. Los avances en materia de VIH/SIDA	79
5. La persistencia de algunas brechas y el surgimiento de otras	80
C. Los derechos reproductivos	84

TERCERA PARTE.....	87
--------------------	----

Capítulo VI

Transformaciones demográficas y demandas futuras en materia de salud y cuidados	89
A. Los determinantes demográficos y de salud de la dependencia	89
1. El envejecimiento poblacional como factor demográfico de la dependencia	89
2. Los riesgos de dependencia en la vejez derivados del estado de salud.....	91
B. Escenarios de la demanda de cuidados en América Latina y el Caribe.....	92
1. Estimación de la necesidad de cuidados a partir de la edad.....	92
2. Estimación de la necesidad de cuidados a partir del estado de salud.....	94
C. Salud y envejecimiento: la necesidad de abordar la dependencia como un riesgo dentro de los sistemas de protección social	95

Capítulo VII

Proyección ilustrativa de los gastos de salud en América Latina y el Caribe en el período 2006-2040	97
A. El uso creciente de los servicios de salud por parte de las personas mayores.....	97
B. El incremento significativo de la proporción del PIB destinada a la salud	99
C. Algunas conclusiones y acciones recomendadas.....	101

Capítulo VIII

La crisis actual y la salud	103
A. Aspectos generales (relaciones teóricas)	103
B. Aspectos específicos (algunas evidencias empíricas).....	104
C. Alternativas de políticas públicas	106

Conclusiones.....	109
-------------------	-----

Bibliografía	113
--------------------	-----

Cuadros

Cuadro II.1	Elementos esenciales del derecho a la salud.....	29
Cuadro III.1	América Latina y el Caribe: clasificación de los países según el nivel de mortalidad, medido por la esperanza de vida al nacer de ambos sexos ($e(0)$), 1950-1955 y 2005-2010.....	38
Cuadro III.2	América Latina y el Caribe: clasificación de los países según el nivel de mortalidad infantil en 1970-1975 y el porcentaje de reducción logrado hasta 2005-2010.....	41

Cuadro III.3	América Latina y el Caribe (países seleccionados): sobremortalidad de menores de 5 años (sMq(5)) en relación con la tasa más baja de mortalidad en la niñez observada en la región, 1990 y 2009	43
Cuadro IV.1	América Latina y el Caribe: agrupación de los países según su caracterización epidemiológica.....	66
Cuadro V.1	América Latina (países seleccionados): proporción de mujeres de 15 a 19 años que son madres, según nivel educativo, 1998-2008	75
Cuadro V.2	América Latina (países seleccionados): proporción de mujeres de 15 a 19 años que son madres, según quintiles de riqueza, 1998-2008	75
Cuadro VIII.1	América Latina y el Caribe: políticas sociales implementadas para enfrentar la crisis, hasta agosto de 2009	107

Gráficos

Gráfico III.1	Mundo y regiones: esperanza de vida al nacer de ambos sexos, 1950-2010	37
Gráfico III.2	América Latina y el Caribe: tasa de mortalidad infantil, 1970-1975, 1990-1995 y 2005-2010.....	40
Gráfico III.3	América Latina y el Caribe: mortalidad en la niñez según países, 1990 y 2009, metas y proyecciones para 2015	44
Gráfico III.4	América Latina (países seleccionados): tasas de mortalidad neonatal y posneonatal y su distribución relativa, 1950-2007.....	46
Gráfico III.5	América Latina: mortalidad infantil indígena, afrodescendiente y del resto de la población, según países, censos de 2000.....	48
Gráfico III.6	América Latina (países seleccionados): defunciones de personas de 15 a 29 años respecto del total, según sexo, alrededor de 2000	52
Gráfico III.7	América Latina y países seleccionados: años de vida perdidos de las personas de 15 a 29 años, según sexo, 1950-2005.....	54
Gráfico III.8	América Latina y países seleccionados: diferencial de años de vida perdidos entre hombres y mujeres de 15 a 29 años de edad, 1950-2005.....	55
Gráfico III.9	América Latina (países seleccionados): defunciones de personas de 65 años y más, 1950-2050.....	57
Gráfico IV.1	Chile: peso relativo de las tasas estandarizadas de mortalidad según causa de muerte en los hombres, 1990-2005	65
Gráfico V.1	América Latina y el Caribe (países seleccionados): tasa global de fecundidad en distintas etapas de la transición demográfica, 1950-2050.....	72
Gráfico V.2	América Latina (países seleccionados): estimación de la tasa global de fecundidad en 2005-2010, según proyecciones de 1998 y 2008.....	73
Gráfico V.3	América Latina (países seleccionados): proporción de nacimientos no deseados de madres adolescentes, 1995-2008	76
Gráfico V.4	América Latina (países seleccionados): tasas globales de fecundidad deseada y no deseada, alrededor de 2005	81
Gráfico V.5	Colombia, República Dominicana y Haití: promedio ideal y efectivo de hijos nacidos vivos en mujeres de 40 a 49 años, según índice de riqueza del hogar, 2000-2007.....	83
Gráfico VI.1	América Latina y el Caribe: envejecimiento interno de la población adulta mayor, 2030	90
Gráfico VI.2	América Latina: relación de dependencia de cuidados, 2000-2050.....	92

Gráfico VI.3	América Latina y el Caribe: número de personas con dependencia moderada-severa que requieren de cuidados diarios, según grupos de edad, 2000-2050	94
Gráfico VII.1	Países seleccionados de ingresos altos y medios: gastos de salud según edad, alrededor de 2000.....	98
Gráfico VII.2	Brasil, Cuba y Nicaragua: estimaciones y proyecciones de la población cercana a la muerte (<10 años), 1950-2050	99
Gráfico VII.3	Países seleccionados: aumento proyectado de los gastos de salud, desagregado según los efectos del envejecimiento poblacional y del uso intensificado de los servicios de salud por las personas mayores, 2006-2040	100
Gráfico VIII.1	América Latina (19 países): evolución del gasto público per cápita de salud y de las tasas de mortalidad infantil y en la niñez, 1990-2007	105

Recuadros

Recuadro I.1	El contexto sociodemográfico en América Latina y el Caribe	25
Recuadro II.1	El derecho a la salud de los pueblos indígenas	33
Recuadro III.1	La desnutrición infantil en América Latina y el Caribe.....	50
Recuadro III.2	Los jóvenes y el problema de la violencia	56
Recuadro IV.1	Las enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes	62
Recuadro IV.2	La salud ambiental en América Latina y el Caribe	67
Recuadro V.1	Derechos y salud sexual y reproductiva de la población migrante: una delicada ecuación en las fronteras.....	85
Recuadro VI.1	Relación de dependencia demográfica y relación de dependencia de cuidados	93

RESUMEN EJECUTIVO

El presente documento entrega elementos de análisis a los Estados miembros de la CEPAL para que evalúen la situación actual de América Latina y el Caribe en materia de salud, salud sexual y reproductiva y mortalidad; examinen los logros alcanzados en relación con los principales acuerdos, recomendaciones y metas vigentes en este ámbito; identifiquen los problemas que continúan representando retos y estén alertas ante los nuevos desafíos que se presenten, tanto a causa de los cambios demográficos y epidemiológicos que experimenta la región como debido a las posibles consecuencias de las crisis más recientes.

A. MARCO DE REFERENCIA

Como puntos de referencia se tomaron los acuerdos, recomendaciones y metas establecidos por los países en tres grandes eventos internacionales relacionados con el tema de la salud y la salud sexual y reproductiva: la Declaración de Alma Ata sobre atención primaria de salud, de 1978; la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) celebrada en El Cairo, en 1994, junto con el Programa de Acción pertinente, y la Declaración del Milenio, de 2000, y sus objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente —incluidos los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), sus metas e indicadores de cumplimiento. Este marco se complementó con la aplicación del enfoque interpretativo de los derechos humanos a la protección de la salud, un panorama general de la forma y contenido del derecho a la salud y la protección social y el análisis, en este escenario, de las necesidades sanitarias que surgen de la dinámica demográfica particular de América Latina y el Caribe.

Del marco señalado se desprenden algunas consideraciones clave para guiar la política y las intervenciones en materia de salud en la región, a saber: i) la necesidad de afianzar la atención primaria de salud y su universalización, lo que implica también optar por un enfoque dirigido a la prevención y la promoción, opuesto a la orientación centrada solo en la curación y a sus sesgos conexos —como la excesiva especialización y la fragmentación de los servicios; ii) la necesidad de reducir y en lo posible eliminar las inequidades en el acceso y calidad de los servicios de salud y salud sexual y reproductiva, expresión del menoscabo del ejercicio de los derechos de los segmentos excluidos de la población, y iii) la necesidad de adoptar el enfoque de los derechos humanos, de manera gradual pero efectiva, en la legislación, la institucionalidad pública y las políticas y programas generales de salud y salud sexual y reproductiva, lo que supone garantizar sin discriminación alguna la disponibilidad; la accesibilidad económica, física y segura; la aceptabilidad y la calidad adecuada de los establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud.

Al revisar los objetivos, recomendaciones y metas planteados en el marco de referencia, especialmente en el Programa de Acción de la CIPD y los ODM, se constata que la región ha logrado avances significativos en materia de salud y salud sexual y reproductiva, pero que en algunas de las variables examinadas no se alcanzarán las metas fijadas para 2014 o 2015, de manera que permanecerán como retos pendientes. Son los casos de la mortalidad materna —en que se conservan niveles inaceptables— y la fecundidad adolescente —cuyo alto nivel persiste. Dicha evaluación pone de relieve la necesidad de emprender acciones clave al respecto. En el ámbito de la mortalidad materna, son conocidos los pilares que pueden aportar logros significativos: atención calificada de los partos, cuidados obstétricos de emergencia y planificación familiar. En cuanto a la fecundidad adolescente, las medidas deben orientarse a promover el acceso de jóvenes y adolescentes a la información, la educación sexual

integral de calidad, los servicios amigables de salud sexual y reproductiva, la anticoncepción y prevención del VIH y la protección contra todo tipo de presión, violencia, abuso sexual y explotación.

Sin embargo, el reto pendiente más importante para la región es la eliminación de la pertinaz inequidad en materia de salud. A pesar de algunas mejoras, continúan siendo muy marcadas las brechas en los indicadores de salud y salud sexual y reproductiva según países, áreas geográficas, grupos sociales, origen étnico y nivel educativo, entre otras características. La persistencia de esa inequidad limita los avances respecto de las metas sociales en general y las de salud en particular, retroalimentando de esta manera las condiciones de pobreza. Por ello, es necesario que los Estados refuercen la voluntad política, los recursos y los esfuerzos dedicados a reducir las desigualdades que obedecen a la falta de justicia social y la pobreza, no solo a fin de consolidar los logros alcanzados, sino para hacer frente al escenario adverso que plantea la crisis por la que atraviesan el mundo y la región desde 2008.

El examen de los aspectos señalados en el marco de referencia también permite identificar los temas y retos emergentes de la relación entre la población y la salud. Al respecto, cabe mencionar el envejecimiento y sus implicaciones en la demanda y costos de atención de la salud, la distribución de las tareas de cuidado y los vínculos intergeneracionales; las relaciones de género y la articulación entre los roles productivo y reproductivo de la población; el cambio climático y los desastres naturales; la crisis humanitaria, económica y alimentaria; las nuevas tendencias de la epidemia del VIH; la segregación urbana; el creciente peso de la migración internacional y las desventajas de los pueblos indígenas y los afrodescendientes, entre otros.

B. LAS TENDENCIAS RECIENTES DE LA POBLACIÓN Y LA SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Las actuales tendencias de los indicadores relacionados con la salud en comparación con las metas consideradas como marco de referencia corroboran los avances significativos de la región al respecto. Prácticamente la mitad de los países ha alcanzado las metas planteadas en el Programa de Acción de la CIPD en cuanto a esperanza de vida al nacer, mientras que las referidas a mortalidad infantil ya fueron superadas por muchos y casi todos los restantes las lograrán hacia 2014. En el caso de la mortalidad en la niñez, en cambio, según las proyecciones vigentes solo cinco países de la región alcanzarían la meta propuesta para 2015 en el cuarto ODM, más exigente y adecuada a la situación de cada país.

Pese a los avances que revelan los indicadores globales, al revisar la situación actual se confirma la persistencia de grandes diferencias en materia de acceso a los servicios y oportunidades en el área de la salud, que se traducen en un nivel dispar de los indicadores según países, áreas geográficas y grupos poblacionales. Se constatan especialmente las condiciones de exclusión que experimentan las personas residentes en zonas rurales, las que poseen menor nivel educativo, las poblaciones indígenas y afrodescendientes y los sectores más pobres de la sociedad. También se aprecian algunas de las brechas más preocupantes: en algunos países, el riesgo de morir antes del primer año de vida es casi tres veces más alto en el ámbito rural que en el urbano y hasta cuatro veces mayor entre los niños indígenas que los no indígenas; la mortalidad de los hijos de madres con menor educación formal es cinco veces más elevada que la de aquellos cuya madre posee mayor escolaridad, incluso en países que ya han alcanzado valores bajos en este ámbito. Sobre la base de las encuestas de algunos países, se comprobó además que el número de atenciones médicas por enfermedad respiratoria aguda de los niños del quintil más rico duplicó el de aquellos del quintil más pobre, mientras que hubo regiones en que el 50% de los niños que padecieron enfermedad diarreica aguda en 2005 no recibió tratamiento, en comparación con un 90% que sí lo obtuvo.

en otras regiones. En el caso de la fecundidad adolescente, entre las jóvenes de menor nivel educativo ella puede ser hasta casi seis veces mayor que la de sus coetáneas con más años de educación formal.

El análisis de las tendencias epidemiológicas regionales, íntimamente relacionadas con la etapa de la transición demográfica en que se encuentran los países, permite concluir que el perfil epidemiológico de América Latina y el Caribe se caracteriza por la superposición de etapas, de manera que todos los países tienen el doble desafío de seguir disminuyendo la mortalidad por causas infecciosas y parasitarias y afrontar la creciente mortalidad que obedece a causas no transmisibles. Un reto adicional en este sentido es la necesidad de conocer y enfrentar las enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes (zoonosis, paludismo y tuberculosis, entre otras).

En cuanto a los indicadores de salud sexual y reproductiva, se constata una disminución significativa de la fecundidad —en consonancia con los deseos de las parejas y de las mujeres en particular—, vinculada a los altos niveles de prevalencia anticonceptiva y a la reducción del grado de demanda insatisfecha de planificación familiar en la gran mayoría de los países. Sin embargo, la meta planteada en el Plan de Acción Regional Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo, en que se propone reducir a la mitad la demanda insatisfecha de métodos de planificación familiar hacia 2014, solo llegaría a cumplirse en tres de los países si las tendencias observadas continúan. En cuanto a la respuesta al VIH/SIDA, se aprecia un panorama auspicioso que obedece fundamentalmente al nivel de cobertura del tratamiento antirretroviral, pero persisten los desafíos en materia de prevención —que es aún el componente más débil de las respuestas nacionales—, mejora del conocimiento de los jóvenes sobre el SIDA y eliminación del estigma y la discriminación. Estos últimos siguen siendo generalizados, en especial respecto de grupos como las minorías sexuales y las mujeres que viven con el VIH. Profundizar el compromiso político y expresarlo en recursos financieros son condiciones necesarias para lograr mayores avances en este campo.

Una mención especial merece la situación de salud —física y mental— de los jóvenes de la región. En algunos países se han detectado diversas situaciones de violencia, cuyas consecuencias afectan principalmente a los varones de este grupo etario y que se traducen en un aumento de los años de vida perdidos por esta causa.

C. TENDENCIAS DEMOGRÁFICAS, EPIDEMIOLÓGICAS Y ECONÓMICAS: EFECTOS Y RIESGOS CONEXOS

Como consecuencia del envejecimiento de la población y del creciente peso de las enfermedades crónicas e incapacitantes, cuyo tratamiento es más complejo y costoso, se constata una transformación acelerada de la demanda de cuidados de las personas dependientes por motivos de salud dentro de los hogares. La rapidez de este cambio ha producido un desfase entre esa demanda y los marcos institucionales y programáticos disponibles para atenderla, de manera que los Estados están transfiriendo dicha responsabilidad a las familias y generando situaciones de mayor vulnerabilidad y sobrecarga de las labores asumidas tradicionalmente por las mujeres. En el futuro cercano, los Estados miembros deben avanzar hacia el reconocimiento e inclusión del cuidado en los sistemas de protección social, en un marco de solidaridad, igualdad, autonomía y bienestar de las familias y las personas, con especial atención en el rol de las mujeres.

Al incorporar las transformaciones demográficas y epidemiológicas futuras en las proyecciones del gasto de salud, queda de manifiesto la necesidad de aumentarlo sustancialmente como porcentaje del

PIB en las tres próximas décadas. Es probable que la magnitud de la financiación requerida se convierta en un importante asunto de preocupación social en América Latina y el Caribe, ya que para muchos países de la región el hecho de financiar el sector de la salud será un desafío fiscal tal vez más considerable que costear las pensiones. Al respecto, los gobiernos regionales deben realizar proyecciones de gastos a mediano y sobre todo a largo plazo, puesto que el cambio demográfico es uno de los factores determinantes de los resultados de la política social, pero sus efectos no pueden apreciarse a corto plazo. Se plantea, asimismo, la necesidad de implementar estrategias preventivas para reducir el impacto económico y social de las enfermedades crónicas.

Además de las tendencias demográficas y epidemiológicas futuras, los posibles efectos a mediano y largo plazo de la crisis económica y los desastres naturales que está enfrentando la región pueden convertirse en grandes obstáculos para la superación de las inequidades de acceso a la salud y la salud sexual y reproductiva. Es probable que la crisis implique un deterioro de las condiciones de salud y que las personas cercanas al margen de pobreza sean las primeras y más perjudicadas por ello. El empobrecimiento de algunos núcleos poblacionales podría provocar un incremento de las enfermedades infecciosas intestinales, las parasitosis y las enfermedades respiratorias, menoscabando por esta vía los avances en materia de mortalidad. También es posible que la crisis influya indirectamente en la situación de la salud, al afectar los ingresos públicos, la institucionalidad sanitaria y los mecanismos de protección social, asunto que debe ser evaluado en cada contexto nacional.

D. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Al retomar y sintetizar las conclusiones y recomendaciones que se desprenden de la evaluación del estado actual de la salud y la salud sexual y reproductiva en la región sobre la base del marco de referencia antes señalado, se reitera la necesidad de afianzar la atención primaria de salud, buscar su universalización y adoptar el enfoque de los derechos humanos, de manera gradual pero efectiva, en la legislación, la institucionalidad pública y las políticas y programas de salud en general y de salud sexual y reproductiva en particular.

Aunque se constatan avances importantes en materia de esperanza de vida, mortalidad infantil y en la niñez, prevalencia anticonceptiva, reducción de la fecundidad no deseada y atención del VIH/SIDA, entre otros aspectos, ellos son insuficientes y la región aún afronta desafíos relevantes en comparación con los objetivos y metas vigentes. El cuarto ODM sobre reducción de la mortalidad infantil, por ejemplo, no podrá alcanzarse en 2015 de mantenerse el ritmo de cambios observado. En el campo de la salud sexual y reproductiva, pese a los logros significativos en cuanto a reconocimiento de los derechos reproductivos y altos niveles de prevalencia anticonceptiva, muy pocos países lograrían la meta de reducir a la mitad la demanda insatisfecha de planificación familiar hacia 2014, como se propone en el Plan de Acción Regional Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo. Por otra parte, hay profundas inequidades en materia de avances y déficits de la prevención del VIH/SIDA. Por lo tanto, se requiere consolidar el acceso a servicios integrales de salud sexual y reproductiva y remover las barreras que aún existen al respecto, principalmente en el caso de los adolescentes y jóvenes.

Entre los retos pendientes, hay dos muy importantes que son la mortalidad materna —el más antiguo— y la fecundidad adolescente —un desafío emergente—, cuyos niveles elevados en la región se han mantenido. La situación de la mortalidad materna es inaceptable, por cuanto la totalidad de estas muertes podrían evitarse mediante la aplicación de los protocolos conocidos de prevención, atención prenatal, atención de calidad durante el parto, cuidados obstétricos de emergencia y planificación familiar.

Un aspecto fundamental de la estrategia para enfrentar este problema es la adecuación cultural de los servicios y el enfoque integral del tema, centrado en todas las etapas del ciclo vital. En cuanto a la persistencia de la fecundidad adolescente, un factor clave es la falta de proyectos de vida alternativos a la fecundidad temprana que experimentan sobre todo los jóvenes y adolescentes pobres. Para lograr un descenso sostenido de ella es necesario ampliar las oportunidades educativas, formativas, laborales y culturales para las y los adolescentes, adecuar el sistema de salud para acoger sus necesidades de atención específicas y resolver la formación deficiente en materia de educación sexual integral. Lo anterior debe efectuarse considerando las características psicosociales de este grupo etario, así como el contexto cultural en que vive, ya que no basta con la mera oferta de servicios de salud sexual y reproductiva.

Pero la deuda más decisiva de la región continúa siendo la reducción y eliminación de las inequidades de acceso a servicios integrales de salud y a la salud sexual y reproductiva, que representan un menoscabo permanente del ejercicio de los derechos de las poblaciones excluidas, entre las cuales se cuentan las personas residentes en zonas rurales, las de menor educación formal, las poblaciones indígenas y afrodescendientes y los sectores más pobres de la sociedad. Tales inequidades son el resultado de la falta de políticas y programas públicos de salud o de sus deficiencias en materia de diseño e implementación y, además, existe el riesgo de que se estén incrementando como consecuencia de los arreglos para la gestión privada o mixta a que dieron lugar las reformas del sistema de salud. Por lo tanto, se hace hincapié en el papel que deben asumir los Estados de la región en la promoción de mejoras estructurales e infraestructurales orientadas a ampliar la disponibilidad y perfeccionar la oportunidad y calidad de los servicios, priorizando el acceso de las poblaciones apartadas, marginadas o discriminadas y la adopción de medidas que apunten a aumentar la participación y empoderamiento de las comunidades y las personas a fin de que ejerzan el mayor grado de control posible sobre los factores de que depende su salud.

Las tendencias demográficas y epidemiológicas futuras, así como los posibles efectos a mediano y largo plazo de la crisis económica y de los desastres naturales que está enfrentando la región, pueden convertirse en grandes obstáculos para la superación de las inequidades de acceso a la salud y la salud sexual y reproductiva. Por una parte, la creciente proporción de personas mayores dentro de la población y la utilización también creciente de servicios de salud más complejos y de más alto costo pueden aumentar el riesgo de exclusión de los grupos menos favorecidos del acceso a tales servicios. Por otra, ante la ausencia de políticas públicas orientadas al cuidado de las personas dependientes, los hogares y algunas personas dentro de ellos —tradicionalmente las mujeres— asumen una carga y un costo cada vez mayor para atenderlas, lo que agrava la vulnerabilidad de las familias, de las personas que precisan el cuidado y de aquellas que prestan la asistencia. Es necesario que los gobiernos avancen hacia el reconocimiento e inclusión del cuidado en las políticas públicas como un tema de responsabilidad colectiva, que debe resolverse mediante prestaciones y servicios que maximicen la autonomía y el bienestar de las familias y las personas en el marco de los sistemas de protección social.

La consideración de las tendencias señaladas en las proyecciones del gasto de salud indica que en los países de la región será necesario aumentarlo sustancialmente como porcentaje del PIB en las tres próximas décadas. Se prevé que para muchos gobiernos regionales el financiamiento del sector de la salud supondrá un desafío fiscal más importante que el de las pensiones. De ello se desprende la necesidad de instarlos a realizar proyecciones de gasto a mediano y sobre todo a largo plazo, puesto que el cambio demográfico es uno de los factores determinantes de los resultados de la política social, pero sus efectos no pueden apreciarse a corto plazo. También se requiere estudiar y adoptar estrategias de salud preventiva de base amplia, orientadas a modificar ciertos hábitos de la población con el fin de prevenir o reducir los gastos sociales y económicos de las enfermedades crónicas.

Los riesgos de estancamiento o retroceso en el avance hacia la igualdad de acceso en la atención de la salud y la salud sexual y reproductiva se agudizan en el contexto de la crisis actual. De acuerdo con experiencias anteriores, existe el riesgo de que tanto este problema como el de los desastres naturales impliquen un deterioro de los indicadores de salud y, en ese caso, las personas cercanas al margen de pobreza serán las primeras y más perjudicadas. El eventual empobrecimiento de algunos núcleos poblacionales podría provocar un incremento de la desnutrición y de algunas enfermedades, principalmente las infecciosas y parasitarias, desacelerando por esta vía los avances en materia de mortalidad. También es posible que la crisis influya de manera indirecta en la situación de la salud, al afectar los ingresos públicos, la institucionalidad sanitaria y los mecanismos de protección social. Las políticas sociales y económicas que se implementen para hacer frente a los efectos de esta coyuntura crítica en el sector de la salud deben centrarse en la protección de los logros sociales obtenidos hasta antes de ella, como el empleo de calidad, la conservación y aumento de los niveles ya alcanzados de gasto público en salud, la ampliación del nivel de cobertura de los programas de transferencias, la eliminación de los elementos regresivos y el refuerzo de los componentes solidarios de los sistemas de protección social, particularmente en los sectores de seguridad social y salud.

PRESENTACIÓN

El Comité Especial de la CEPAL sobre Población y Desarrollo se estableció durante el vigésimo quinto período de sesiones de la CEPAL y se reunió por primera vez en oportunidad del período de sesiones siguiente, celebrado en San José, en abril de 1996. Su objetivo es asegurar una adecuada implementación, seguimiento y revisión del Plan de Acción Regional Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo, además de examinar la situación de la región en materia de población y los aspectos relacionados con la ejecución e institucionalización de políticas y programas al respecto (CEPAL, 1996, párrafos 78 y 99).

En cumplimiento de esta responsabilidad, el Comité ha evaluado periódicamente la ejecución del Plan de Acción Regional y del Programa de Acción de la CIPD, examinando diferentes aspectos relevantes de la relación entre la población y el desarrollo, entre los cuales destacan los temas de población, salud reproductiva y pobreza (1998); población, juventud y desarrollo (2000); vulnerabilidad sociodemográfica: viejos y nuevos riesgos para comunidades, hogares y personas (2002); población, envejecimiento y desarrollo (2004); migración internacional; derechos humanos y desarrollo (2006) y, más recientemente, transformaciones demográficas y su influencia en el desarrollo de América Latina y el Caribe (2008).

En el trigésimo segundo período de sesiones de la CEPAL, que se llevó a cabo en Santo Domingo, en junio de 2008, se recomendó —en el párrafo 15 de la resolución 644(XXXII)— que en la próxima reunión ordinaria del Comité Especial, a celebrarse en 2010, se analizara el tema de población, desarrollo y salud, incluida la salud sexual y reproductiva, y se pidió a la Secretaría del Comité Especial que, en colaboración con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), se encargara de preparar los documentos sustantivos correspondientes.

Con el fin de atender la solicitud formulada por los países, el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL ha elaborado el presente documento, destinado a establecer la situación actual de la región en materia de salud, salud sexual y reproductiva y mortalidad; examinar los logros alcanzados y determinar los problemas que, no obstante estar identificados desde hace tiempo atrás, siguen siendo un reto debido a su persistencia y a la dificultad para encontrar una solución que permita resolverlos. También se procura alertar sobre los nuevos desafíos que enfrenta América Latina y el Caribe, tanto debido a los cambios demográficos y epidemiológicos que está experimentando como a causa de las posibles consecuencias de las crisis más recientes y de la nueva mirada que exige el marco de los derechos humanos y la protección social.

El documento consta de tres partes. La primera recoge los acuerdos adoptados en las reuniones y conferencias internacionales sobre salud realizadas en las tres últimas décadas, cuyo cumplimiento de metas se ha evaluado en instancias clave. Se analiza también la relación entre salud y protección social en el marco de la dinámica demográfica, el desarrollo y los derechos humanos, haciendo explícito el enfoque del documento, que consiste en aplicar la perspectiva de los derechos humanos a los asuntos relacionados con la protección de la salud.

En la segunda parte se presenta la evolución de la mortalidad y de otros indicadores del estado de salud de la población. Se inicia con una visión general del nivel y tendencia de la mortalidad en América Latina y el Caribe, deteniéndose en el desarrollo y características de esta en grupos de edad específicos —como la mortalidad infantil y en la niñez temprana; la situación de la región respecto del cuarto ODM,

relacionado con la mortalidad de los menores de 5 años¹; la creciente mortalidad de los jóvenes por causas externas y las especificidades de la mortalidad del grupo de 60 años y más, identificando las desigualdades socioeconómicas de la carga de mortalidad de la población adulta. También se describe la situación de América Latina y el Caribe en el marco de la transición epidemiológica, con el propósito de establecer una trayectoria regional y una visión futura de la mortalidad por causas. Recogiendo los diagnósticos y las conclusiones del seguimiento del Programa de Acción de la CIPD y del quinto y sexto ODM (CEPAL/CELADE y UNFPA, 2009b y c; Naciones Unidas, 2008b y 2009b)², se realiza un balance general del progreso regional en materia de salud sexual y reproductiva desde la perspectiva de los derechos y se sugieren algunos lineamientos de acción para reforzar las recomendaciones de El Cairo durante los próximos años.

La tercera parte se enfoca en los desafíos que afronta la región en materia de salud y mortalidad. Se hace referencia a la relación entre las transformaciones demográficas y las demandas futuras de salud y cuidado enmarcadas en los procesos de transición demográfica y epidemiológica, que redefinen las cargas relativas de cuidados, protección y capacidad productiva en cada país. Para ilustrar esta situación, se presentan las principales variaciones de la demanda de cuidados a nivel regional, específicamente la evolución de la tasa de dependencia pertinente y la proyección a largo plazo. En el mismo orden de ideas, se analizan las relaciones entre los cambios demográficos y las transferencias intergeneracionales en el campo de la salud, en particular los efectos de las transformaciones demográficas y epidemiológicas en la demanda de servicios de salud y sus implicaciones financieras y de política, sobre todo para el gasto de salud. Este marco se complementa con una revisión de la vinculación entre las crisis económicas y sociales y la salud, con el fin de alertar sobre el impacto previsible de la crisis mundial de 2008 a partir de relaciones teóricas y de cierta evidencia empírica.

El eje del documento lo constituye, en síntesis, el examen de los principales lineamientos en materia de salud para la región, provenientes tanto de los acuerdos internacionales como del marco de los derechos humanos, a fin de alertar sobre esta base a los países acerca de los grandes rezagos y desafíos que plantean a mediano plazo las tendencias demográficas, epidemiológicas y políticas en el área de la salud.

¹ La meta 4.A de este Objetivo consiste específicamente en reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años (véase [en línea] <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/>).

² El quinto Objetivo se refiere puntualmente a mejorar la salud materna, mientras que el sexto apunta a combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades (véase [en línea] <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/>).

PRIMERA PARTE

En esta parte del documento se presenta el marco de referencia del análisis, que comprende los acuerdos, recomendaciones y metas establecidos por los países en tres grandes eventos internacionales relacionados con el tema de la salud y la salud sexual y reproductiva: la Declaración de Alma Ata sobre atención primaria de salud, de 1978; la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo celebrada en El Cairo, en 1994, junto con su Programa de Acción, y la Declaración del Milenio, de 2000, y los objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente, incluidos los Objetivos de Desarrollo del Milenio, sus metas e indicadores conexos. Como parte de la preocupación de los países y los organismos internacionales por la evolución del estado de la salud en América Latina y el Caribe, estos tres conjuntos de recomendaciones han sido evaluados y analizados —el primero en 2008 y los dos restantes en 2009. Dichas evaluaciones se sintetizan en esta parte del trabajo, a fin de establecer un balance inicial en que se subrayan los importantes logros obtenidos por la región en materia de salud y salud sexual y reproductiva, pero también el estancamiento e incluso el retroceso de otras metas e indicadores. Al respecto, destacan las profundas brechas de género, territoriales, socioeconómicas y étnicas que persisten entre los países de América Latina y el Caribe en cuanto a acceso efectivo a servicios de calidad adecuada.

El marco de referencia de las conferencias y declaraciones se complementa con el enfoque interpretativo de los derechos humanos aplicado a la protección de la salud, a partir de la presentación de un panorama general sobre la forma y contenido del derecho a la salud y la protección social. En este escenario, se analizan además las necesidades sanitarias que surgen de la dinámica demográfica particular de América Latina y el Caribe, principalmente de los grupos de población que afrontan barreras particulares para el ejercicio de tales derechos, como las personas con discapacidad, los pueblos indígenas, las personas mayores, las mujeres y los adolescentes. De ello se desprenden varios elementos para la formulación, seguimiento y evaluación de las políticas y reformas de los sistemas de salud y protección orientadas al necesario aumento de la cobertura y la superación de las inequidades de acceso a la salud, en el contexto de las oportunidades demográficas existentes en varios países de la región.

Capítulo I

**LOS ACUERDOS INTERNACIONALES: UN REFERENTE
PARA LA REGIÓN EN LOS TEMAS DE SALUD**

El análisis de la situación y las perspectivas regionales en materia de salud, incluida la salud sexual y reproductiva, adquiere gran relevancia en la actualidad debido a diversas razones. Por una parte, la región ha alcanzado logros significativos en algunos tópicos que la colocan en una situación de ventaja dentro del mundo en desarrollo. De hecho, podría ser la primera del mundo en cumplir los compromisos acordados en el Programa de Acción de la CIPD y el ODM relacionados con detener la propagación del VIH/SIDA, comenzar a reducirlo y lograr el acceso universal a su diagnóstico, tratamiento y cuidado (CEPAL/CELADE y UNFPA, 2009b). Pero al mismo tiempo, no ha mostrado progresos en otras materias como la mortalidad materna, que de por sí continúa siendo elevada y más aún si se tiene en cuenta el nivel de desarrollo de la región. Justamente el logro del quinto ODM, en que se propone reducir las muertes maternas y asegurar el acceso universal a la salud reproductiva, es el que presenta menores avances según el informe regional de 2008 sobre el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (Naciones Unidas, 2008a). Hay otros aspectos en que incluso se observan retrocesos, como por ejemplo, la mortalidad juvenil por accidentes y violencia. Al respecto, cabe mencionar que en cerca de la mitad de los países de América Latina aumentaron las tasas de mortalidad debido a accidentes y suicidios y que, entre 1985 y 2000-2002, se incrementó la mortalidad por homicidio de los jóvenes de 15 a 24 años en casi todos los países de América Latina y el Caribe (OPS, 2006). En suma, un joven de 15 a 29 años de la región tiene tres veces más riesgo de morir por estas causas que uno de España (CEPAL/OIJ, 2008).

Los esfuerzos realizados en el ámbito internacional por monitorear y mejorar el estado de salud de la población han sido constantes y se han expresado en numerosos acuerdos que apuntan a identificar los puntos débiles y poner el acento en la búsqueda de soluciones. En las últimas décadas pueden destacarse tres de ellos, que han marcado un antes y un después en materia de salud:

- i) La Declaración de Alma Ata sobre atención primaria de salud, de 1978, en que los países se comprometieron con el objetivo de “salud para todos en el año 2000” y que a 30 años de su adopción fue objeto de una profunda evaluación y renovación de compromisos.
- ii) La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo celebrada en El Cairo, en 1994, que marcó un cambio sustantivo al trascender el tema de la población y poner sobre la mesa los conceptos de salud sexual y reproductiva y la discusión acerca de los derechos sexuales y reproductivos. A 15 años de su realización, también ha sido objeto de análisis, ya que quedan solo cinco años para alcanzar las metas propuestas en su Programa de Acción.
- iii) La Declaración del Milenio y los Objetivos de Desarrollo del Milenio acordados en 2000, en virtud de los cuales se establecieron metas concretas y complementarias entre sí y un conjunto de indicadores cuya evaluación permanente ha marcado un norte para los países.

En la siguiente sección se hace un breve recuento de estos tres hitos relacionados con la salud, la población y el desarrollo, haciendo hincapié en la situación de América Latina y el Caribe.

A. A 30 AÑOS DE ALMA ATA

En la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, de la que surgió la Declaración de Alma Ata, se consideró la estrategia de atención primaria de salud como el eje para lograr la meta de “salud para todos en el año 2000”, identificando sus componentes fundamentales³. A 30 años de ella, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció que: “La Conferencia de Alma-Ata favoreció la aparición de un ‘movimiento en pro de la atención primaria de salud’, impulsado por profesionales e instituciones, gobiernos y organizaciones de la sociedad civil, investigadores y organizaciones comunitarias, que decidieron afrontar la situación ‘política, social y económicamente inaceptable’ de desigualdad sanitaria en todos los países” (OMS, 2008)⁴.

A pesar del consenso sobre los acuerdos de Alma Ata y de los avances en la implementación de la atención primaria de salud, hubo una serie de factores que incidieron en que muchos de los logros se fueran diluyendo. Al respecto, cabe mencionar los programas de ajuste estructural de la economía, la reducción del tamaño del Estado y su cambio de rol, que tuvieron lugar en los años ochenta del siglo pasado, y luego las reformas sectoriales de la década de 1990 —principalmente la tendencia a la privatización—, que afectaron la idea de atención y la estructura de los servicios. Se dieron también distintas interpretaciones del concepto de “atención primaria”, que se desplazó de la acepción original de “esencial” hacia un significado de “elemental”, lo que representó un apoyo a la atención primaria selectiva. Tal vez la distorsión más frecuente es la que reduce la atención primaria de salud al primer nivel de esta, es decir, a una atención médica básica, sin promover la integración del sistema de servicios de salud en los diferentes niveles de complejidad ni incorporando la acción intersectorial o a la comunidad como sujeto de cogestión (Nervi, 2008).

En el informe de 2008 sobre la salud en el mundo, elaborado por la OMS, se identificaron cinco carencias en la prestación de los servicios pertinentes: i) atención inversa o regresiva, esto es, que el gasto público en salud ha tendido a beneficiar a los ricos más que a los pobres; ii) atención empobrecedora, puesto que debido a la falta de protección social millones de personas tienen que costear de su propio bolsillo los gastos que implican las prestaciones de salud, con lo cual aumenta la vulnerabilidad de los hogares frente a la pobreza; iii) atención fragmentada, debido a la especialización excesiva de los proveedores de atención y a una focalización también desmedida de los programas en el control de las enfermedades; iv) atención riesgosa, dado que muchos sistemas de salud no lograron cumplir las normas de seguridad e higiene, lo que se tradujo en tasas elevadas de infecciones nosocomiales, errores en la administración de medicamentos y otros efectos adversos, y v) atención mal dirigida, en la medida en que los recursos se centraron en los servicios curativos en detrimento de la prevención primaria y la promoción de la salud (OMS, 2008).

³ La atención primaria de salud se definió como la “asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnología prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, y lleva lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria” (Declaración de Alma Ata, 12 de septiembre de 1978, párrafo VI).

⁴ Los principios básicos de la atención primaria de salud son la distribución equitativa de los recursos, la participación comunitaria, la tecnología apropiada, la cooperación entre los diferentes sectores y el énfasis en la prevención sin excluir los cuidados curativos.

1. El enfoque de los determinantes sociales: un marco renovado para la atención primaria de salud

Con el fin de evaluar los avances realizados desde la Declaración de Alma Ata, y reconociendo la falta de justicia social como base de las marcadas inequidades en materia de salud que se observaban en los países del mundo, la OMS creó la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), que se encargó de reunir datos científicos sobre esas inequidades, establecer nuevas líneas de acción y elaborar recomendaciones para abordarlas.

El enfoque de los determinantes sociales reconoce el papel fundamental de los aspectos sociopolíticos en la producción y reproducción de las inequidades en materia de salud, considerando como objetivo central su reducción y eliminación. Es por ello que este marco contribuye a reorientar la estrategia de la atención primaria de salud y establece metas evaluables mediante los ODM.

Desde esta perspectiva, los determinantes sociales se definen como formas de organización social que generan exclusión y marginación y que, aunque abarcan todos los ámbitos de la vida de las personas, comunidades y pueblos, se expresan de manera más definitiva en el daño a la salud, produciendo diferencias significativas en materia de mortalidad infantil y expectativa de vida, entre otros indicadores (OMS, 2007a).

En este modelo conceptual, los mecanismos básicos de la producción social de las enfermedades son: i) el contexto social, económico y cultural que crea la estratificación y le asigna diferentes posiciones sociales a las personas, colectivos y pueblos, y ii) la estratificación social, principalmente aquella basada en la situación socioeconómica, la etnia y el género. Esta última implica una exposición diferencial de las personas y colectivos a los recursos, el poder y el reconocimiento, originando brechas en el acceso a la salud. A su vez, las respuestas ante riesgos determinados generan una vulnerabilidad también desigual, fruto de la acumulación de exposiciones a distintos factores o situaciones de daño; así, el grado de vulnerabilidad aumenta proporcionalmente según la frecuencia y cantidad de exposiciones a las que se haya estado sometido a lo largo de la vida.

Los mecanismos de estratificación basados en la posición socioeconómica, la etnia y el género se conocen como determinantes estructurales, pues a partir de ellos se definen diversas oportunidades de acceso a la salud. En este sentido, condicionan los determinantes próximos o intermedios, que son aquellos que actúan directamente sobre la salud de las personas e incluyen la calidad de la vivienda, las circunstancias psicosociales, los patrones alimentarios y los hábitos, entre otros.

Es por ello que se ha planteado que “la mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual a nivel mundial y nacional del poder, de los ingresos, los bienes y los servicios y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población en forma inmediata y visible (acceso a la atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la posibilidad de tener una vida próspera.

Esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud, no es en ningún caso un fenómeno ‘natural’, sino resultado de una nefasta combinación de políticas y programas sociales deficientes, arreglos económicos injustos y una mala gestión política. Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud, que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada país” (CDSS, 2008).

Como se aprecia, un concepto clave del enfoque de los determinantes sociales es el de las inequidades en materia de salud, que son entendidas como diferencias injustas y posibles de evitar mediante intervenciones sanitarias relevantes, oportunas, equitativas en cuanto a género y culturalmente pertinentes⁵. La CDSS sostiene que las causas de las inequidades en el ámbito de la salud son profundamente sociales, por lo que también deberían serlo las soluciones.

Desde una perspectiva amplia de derechos humanos, las inequidades señaladas se interpretan como brechas en la implementación y cumplimiento de los derechos fundamentales de las personas y los pueblos (CEPAL, 2007). En este sentido, un aspecto central del marco de los determinantes sociales es la idea que el ejercicio de los derechos humanos en el ámbito de la salud implica el empoderamiento de las comunidades marginadas, a fin de que ejerzan el mayor grado posible de control sobre los factores que influyen en su salud (CDSS, 2007).

Dado que la carga de enfermedades es especialmente alta en los grupos sociales desfavorecidos, es preciso entonces lograr que los sistemas de salud respondan a las necesidades de todos los sectores de la población. Estos sistemas pueden ser un mecanismo significativo de empoderamiento, pero también un factor determinante de las inequidades en el ámbito de la salud. Por ejemplo, las reformas que conducen a cobrar el servicio al momento de atenderse por algún problema de salud tienden a segregar a los sectores más pobres. A corto plazo se hacen necesarias las subvenciones financieras para acceder a los servicios de salud, pero a largo plazo es preciso reducir y eliminar los impedimentos financieros del caso (OMS, 2007a).

Debido a lo anterior, la CDSS ha planteado principalmente tres recomendaciones para superar las inequidades en materia de salud: i) mejorar las condiciones de vida de la población; ii) luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, y iii) medir y analizar el problema. En relación con el primero de los ámbitos señalados, se ha enfatizado la necesidad de garantizar los siguientes aspectos: a) equidad desde el comienzo de la vida; b) un entorno salubre para una población sana, con acceso a una vivienda de calidad, agua potable y servicios de saneamiento como derechos de todo ser humano; c) prácticas justas en materia de empleo y trabajo digno; d) protección social a lo largo de la vida, con una perspectiva universal, y e) atención de salud universal.

Asimismo, la Comisión ha propuesto cuatro conjuntos de reformas relacionadas con la organización de los servicios de salud y de protección social, a saber: i) universalizar la cobertura, para garantizar que los sistemas de salud favorezcan la equidad sanitaria, la justicia social y el fin de la exclusión, dando prioridad al acceso universal y a la protección social de la salud; ii) reorganizar la prestación de servicios en función de las necesidades y expectativas de la población, para hacerlos socialmente más pertinentes y sensibles a los cambios que experimenta el mundo y, al mismo tiempo, más eficientes; iii) reformar las políticas públicas a fin de mejorar la salud de las comunidades mediante la integración de las intervenciones de salud pública y de atención primaria, la aplicación de políticas públicas saludables en todos los ámbitos del quehacer social y el fortalecimiento de las intervenciones de salud pública transnacionales, y iv) perfeccionar el liderazgo, toda vez que los sistemas de salud no están avanzando por cuenta propia hacia una mayor justicia, eficiencia y eficacia (OMS, 2008; OPS, 2009a).

⁵ La inequidad no es sinónimo de desigualdad: por ejemplo, las diferencias en la esperanza de vida de mujeres y hombres no son necesariamente injustas o evitables, sino un resultado probable de las diferencias biológicas. Así, en los países donde las mujeres tienen una esperanza de vida menor o igual que la de los hombres existe inequidad, es decir, condiciones sociales que afectan negativamente la ventaja biológica de las mujeres en materia de longevidad (CDSS, 2007).

En el caso particular de la región, la evaluación de la atención primaria de salud realizada por el Grupo de Consenso sobre un Marco de Evaluación de la Atención Primaria en América Latina condujo a identificar una serie de factores condicionantes para el logro de los objetivos en este ámbito, entre los cuales destacan otorgar apoyo político a la atención primaria de salud y asignar y distribuir los recursos sobre la base de las necesidades; disponer de una oferta adecuada de recursos humanos multidisciplinarios para cubrir las necesidades de salud de la población; fortalecer la capacidad local de planificación, seguimiento, evaluación y promoción de la participación ciudadana; regular eficazmente los subsistemas de salud y tender a una planificación conjunta entre los subsistemas público, privado y de seguridad social; lograr la organización multidisciplinaria de los equipos de atención primaria de salud y perfeccionar o crear un sistema de información que permita vincular a las organizaciones de atención primaria con las demás entidades del sistema (Haggerty, Yavich y Báscolo, 2009).

B. A 15 AÑOS DE LA CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE LA POBLACIÓN Y EL DESARROLLO DE EL CAIRO

En septiembre de 1994 se realizó en la ciudad de El Cairo la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, cuyo decisivo enfoque de las relaciones entre la población y el desarrollo en el marco de los derechos humanos ha sido reconocido como el aporte fundamental de la conferencia y de su Programa de Acción. En este se establece que el derecho al desarrollo (social, económico y cultural) es universal e inalienable, que forma parte integrante de los derechos humanos fundamentales y que su objetivo es mejorar la calidad de vida de todas las personas. A su vez, estas se consideran en su calidad de sujetos centrales del desarrollo y no solo como receptores o demandantes de servicios. En cuanto al derecho a la salud, los principios del Programa de Acción de la CIPD lo recogen desde diferentes ángulos, como el derecho de toda persona a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental, a gozar de una vida sana y productiva en armonía con la naturaleza y a tener un nivel de vida adecuado para sí y su familia, incluidos alimentación, vestido, vivienda, agua potable y saneamiento adecuados (UNFPA, 2004).

En la CIPD se logró también un gran avance al incorporar los conceptos de salud sexual y reproductiva y de derechos reproductivos, lo que favoreció una visión más comprehensiva de los temas relativos a la planificación de la familia y al género y su relación con el desarrollo y los derechos. Adaptando la noción de salud de la OMS, el Programa de Acción de la CIPD incorporó una definición de la salud sexual y reproductiva como “el estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos”. Entre los derechos reproductivos se consideraron el derecho de todas las parejas a decidir libre y responsablemente el número de hijos y el intervalo entre ellos; a obtener información y acceder a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de su elección para la regulación de la fecundidad; a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y partos sin riesgos; a alcanzar el nivel más elevado posible de salud sexual y reproductiva y a adoptar decisiones en materia sexual sin ningún tipo de discriminación, coacción o violencia. En el Programa de Acción se estableció que el ejercicio de estos derechos debería ser la base primordial de las políticas y programas aplicados en la esfera de la salud reproductiva, incluidas la salud sexual y la planificación de la familia (UNFPA, 2004).

El Programa de Acción de la CIPD avanzó asimismo hacia una concepción más integral de la salud, al exponer una serie de consideraciones y acciones conjugadas desde los diversos ámbitos de la política pública, relacionadas con el medio ambiente, la vivienda, el saneamiento y los servicios básicos como el agua potable. También incluyó observaciones y medidas orientadas a los diferentes grupos de la

población, haciendo especial hincapié en proteger la salud de la mujer, en el marco de promoción de sus derechos, y eliminar la discriminación en su contra. Además, se le otorgó una importancia fundamental al derecho de los niños a gozar del más alto nivel posible de salud y se recomendó promover al máximo la salud, el bienestar y el potencial de los adolescentes y jóvenes, tanto respecto de su salud en general como de la reproductiva en particular, incluidas la prevención de los embarazos tempranos, la educación sexual y la prevención del VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual (ITS). En los acuerdos de El Cairo se introdujeron acciones encaminadas a fomentar la participación activa del hombre en la adopción de un comportamiento reproductivo responsable y saludable y, por otra parte, se señaló la necesidad de establecer sistemas de atención de la salud y proveer de seguridad económica y social a las personas de edad. Se desarrolló especialmente el enfoque integral de la salud sexual y reproductiva, que entre otros aspectos incluye medidas de asesoramiento, información, educación, comunicación, atención prenatal, prevención de la infertilidad, tratamiento de las ITS, disuasión de prácticas peligrosas, remisión a servicios complementarios y garantía de la intimidad y confidencialidad de los servicios.

En el diagnóstico sobre la situación de la salud en el mundo que se realizó para esta conferencia se constataba que, a pesar de los evidentes avances, aún no se alcanzaban las mejoras previstas en los planes de acción de las conferencias anteriores y en la Declaración de Alma Ata. Se observaba la persistencia, en algunos países y grupos de población, de tasas elevadas de morbilidad y mortalidad, acceso limitado al agua potable y el saneamiento y condiciones de hacinamiento y desnutrición, lo que se acompañaba de los efectos de la degradación ambiental, la exposición a sustancias peligrosas y el aumento del consumo de tabaco, alcohol y drogas. Asimismo, se expresaba preocupación ante la reducción del gasto de salud a que podría dar lugar el ajuste estructural de la economía y la transición hacia una economía de mercado.

Ante esta situación, y en el marco de los enfoques descritos, el Programa de Acción de la CIPD recomendaba a los Estados que adoptaran todas las medidas apropiadas para asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso universal a los servicios de atención médica —incluidos los relacionados con la salud reproductiva, que comprenden la planificación de la familia y la salud sexual. Como estrategias centrales para reducir la morbilidad y la mortalidad se proponía extender la atención primaria a toda la población y enfatizar la promoción de la salud.

En el Programa de Acción de la CIPD los países aprobaron, con un horizonte general de 20 años que concluye en 2015, un conjunto de objetivos cualitativos y metas cuantitativas interdependientes. En el ámbito de la salud, la morbilidad y la mortalidad, se adoptó como primera meta lograr que la atención primaria de salud, incluida la salud reproductiva, estuviera al alcance de todos —esto es, universalizar el acceso a ella— en un horizonte muy cercano a la conferencia: al finalizar el decenio en que se celebró. En materia de esperanza de vida, las metas variaban entre los 65, 70 y 75 años para 2005 y 2015, según el nivel alcanzado por los países al momento de realizarse la conferencia; en todo caso, incluso aquellos de mayor mortalidad debían intentar que para 2015 fuera superior a los 70 años. En cuanto a la mortalidad infantil y de niños menores de 5 años, la meta del año 2000 era reducirla a una tercera parte de los valores observados en 1990, o bien a 50 y 70 defunciones por cada 1.000 nacidos vivos, respectivamente; para 2005 a 50 y 60 defunciones por cada 1.000 nacidos vivos y para 2015, todos los países debían tratar de conseguir que las tasas disminuyeran a 35 y 45 defunciones por cada 1.000 nacidos vivos, respectivamente. Dada la centralidad que se le otorgó en la CIPD al mejoramiento de las condiciones de vida de la mujer y al ejercicio de sus derechos, en el Programa de Acción se hizo hincapié en las medidas orientadas a promover la salud y la maternidad sin riesgos y a reducir la morbilidad y la mortalidad maternas. Los países se propusieron disminuir la mortalidad materna a la mitad de los niveles registrados en 1990 para el año 2000 y a una proporción equivalente para 2015, fecha en que incluso los países de nivel más elevado de mortalidad debían tratar de lograr una tasa inferior a 75 defunciones por cada 100.000 nacidos vivos. En

todo caso, la idea era reducir significativamente la morbilidad y mortalidad maternas “hasta niveles en que ya no constituyan un problema de salud pública”, de manera que entre otras medidas se proponía reforzar los servicios de maternidad, los cuidados prenatales coordinados y eficaces, los programas de nutrición materna y la atención de todos los nacimientos por personal capacitado.

En el Programa de Acción de El Cairo se enfatizó en forma reiterada que había diferencias enormes y completamente inaceptables entre las regiones desarrolladas y en desarrollo —así como entre las regiones, estratos socioeconómicos y grupos étnicos dentro de los países— en cuanto a condiciones de salud, morbilidad y mortalidad, tales como el acceso desigual a los servicios de salud primaria, al agua potable, al saneamiento ambiental, a una vivienda adecuada, a la información, la educación, el asesoramiento y la promoción, entre otros aspectos clave para la salud. Por lo tanto, además de las metas cuantitativas antes reseñadas, los países se comprometieron a desarrollar acciones tendientes a reducir sustancialmente e incluso a eliminar las inequidades en materia de morbilidad y mortalidad entre hombres y mujeres y entre regiones geográficas, grupos étnicos o culturales y estratos socioeconómicos, para lo cual debían prestar especial atención a las medidas de erradicación de la pobreza y mejoramiento de las condiciones de vida de los grupos pobres y desfavorecidos. En relación con este propósito, cabe destacar que el Plan de Acción Regional Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo adoptó como meta específica reducir la desigualdad al 50% en el mismo horizonte de 20 años.

C. A 10 AÑOS DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

Como una manera de evaluar los avances en materia de condiciones de vida, salud y desarrollo a nivel mundial, en septiembre de 2000 —en el marco de la Cumbre del Milenio— se aprobó la Declaración del Milenio, en que los líderes mundiales establecieron el compromiso de trabajar mancomunadamente en el mejoramiento de las condiciones de vida de sus países y se propusieron un conjunto de objetivos, traducidos en 21 metas y sujetos a un plazo de cumplimiento de 15 años. En el plano de la salud y la población, la formulación de los ODM aportó nueva vitalidad a la estrategia de atención primaria y dio un mayor respaldo a los acuerdos internacionales. Entre estos objetivos se cuentan erradicar la pobreza extrema y el hambre; lograr la enseñanza primaria universal; promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer; reducir la mortalidad infantil; mejorar la salud materna y combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades; garantizar la sostenibilidad del medio ambiente y fomentar una alianza mundial para el desarrollo. Todos afectan marcadamente la salud de la población, tres de ellos de manera directa y cinco mediante la creación de condiciones adecuadas para su mejoramiento.

Las metas establecidas en el Programa de Acción de la CIPD y los ODM se complementan y refuerzan entre sí. De hecho, algunas de las metas relacionadas con la salud y la salud sexual y reproductiva del primero se incorporaron de manera directa en los segundos, como las vinculadas a la mortalidad en la niñez, la mortalidad materna y la universalización de la salud reproductiva. Esta última meta, incluida en los ODM en 2007, perfecciona las ya establecidas sobre mortalidad materna y proporción de partos con asistencia de personal especializado y comprende indicadores sobre uso de anticonceptivos, natalidad entre las adolescentes, nivel de cobertura de la atención prenatal y necesidades insatisfechas de planificación familiar (CEPAL/CELADE y UNFPA, 2009b).

Para los países, los ODM han resultado un instrumento facilitador del seguimiento y monitoreo de sus compromisos, puesto que los acercan a metas tangibles y prácticas. Aún así, hay algunos casos en que tal vez no se ha comprendido la necesidad de identificar los factores determinantes sobre los cuales hay que incidir para lograr como fin último el mejoramiento del ODM de que se trate.

D. CERRAR LAS BRECHAS EN MATERIA DE SALUD Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: UNA TAREA PENDIENTE

El Programa de Acción de la CIPD y más recientemente los ODM han sido un aporte significativo a la concientización sobre la necesidad de reducir las inequidades sociales y, sin duda, los gobiernos de la región han realizado esfuerzos por mejorar la institucionalidad, implementar programas orientados a combatir la pobreza e incrementar el gasto social. América Latina y el Caribe han contado con un marco demográfico favorable, dado que buena parte de los países atraviesa por el período de “bono demográfico”⁶. Además, de 2002 a 2008 experimentó un ciclo de expansión económica sostenida que se tradujo en mejoras en materia de pobreza, indigencia, empleo y, en muchos casos, reducción de la inequidad (CEPAL/CELADE y UNFPA, 2009b).

Sin embargo, la eliminación de las inequidades continúa siendo un reto pendiente y se identifican grandes obstáculos para lograr o superar las metas que propone el Programa de Acción de la CIPD y las de reducción de la pobreza y el hambre de los ODM. En efecto, América Latina ha sido y es todavía la región más inequitativa del mundo, como puede observarse mediante indicadores como el índice de Gini o comparando los grupos de mayor y menor participación en el ingreso nacional (indicador 1.3 de los ODM)⁷. La situación que revela este último indicador es preocupante: la quinta parte de la población de América Latina percibe casi el 60% del ingreso total de sus países (CEPAL/CELADE y UNFPA, 2009b).

A causa de esta marcada inequidad, realizar el seguimiento de las metas planteadas para la salud y la salud sexual y reproductiva solamente sobre la base de los indicadores regionales o nacionales en promedio conduce a interpretaciones espurias y a evaluaciones demasiado optimistas. De hecho, la mayoría de los factores que inciden en las altas tasas de morbilidad y mortalidad afectan sobre todo a la población más pobre o vulnerable. La persistencia de la inequidad limita los avances respecto de las metas sociales en general y de las relacionadas con la salud en particular, retroalimentando de esta manera las condiciones de pobreza⁸. Como se ilustra en el recuadro I.1, los indicadores de la región presentan muchas mejoras, pero al mismo tiempo —y como se verá más adelante— todavía hay marcadas brechas en materia de salud y salud sexual y reproductiva según países, áreas geográficas, estratos socioeconómicos, origen étnico y nivel educativo, entre otras características. Por lo tanto, el avance hacia las metas también es muy desigual. Las evaluaciones recientes han revelado que si bien se han obtenido logros significativos en las metas relacionadas con la salud y la salud sexual y reproductiva, hay algunos retos que continúan pendientes, de manera que la mayoría de los países de la región no cumplirá los acuerdos adoptados para 2015.

⁶ Período durante el cual se reduce el peso relativo de las posibles personas dependientes (niños y personas mayores) y aumenta la proporción de población potencialmente activa en la estructura por edad de la población.

⁷ En 2008, el índice de Gini de los países de América Latina, con excepción del Uruguay (0,44) y la República Bolivariana de Venezuela (0,41), era mayor que el de los Estados Unidos (0,47) y oscilaba entre 0,48 en el caso del Perú y 0,59 en el Brasil. En 2005, todos registraron valores muy superiores a la cifra de 0,3 de la Unión Europea (CEPAL, Estadísticas e indicadores sociales, CEPALSTAT [base de datos en línea]).

⁸ En diversos estudios se ha encontrado una correlación entre mayor inequidad del ingreso y condiciones deficientes de salud o menor esperanza de vida, independientemente del nivel de ingresos y de la situación de pobreza. La relación entre inequidad y mortalidad obedecería a la acción de mecanismos sicosociales como las experiencias de privación relativa, la escasa cohesión social y la falta de inversión en capital humano y recursos y servicios públicos. Al respecto, pueden consultarse Wilkinson y Pickett (2006); Subramanian y otros (2003); Lynch y otros (2000); Larrea y Kawachi (2005); Szwarcwald y otros (1999); Szwarcwald, Andarade y Bastos (2002) y Messias (2003).

Recuadro I.1

EL CONTEXTO SOCIODEMOGRÁFICO EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

En 1978, año de la Declaración de Alma Ata, la esperanza de vida en América Latina y el Caribe era de 63 años (60,5 en el caso de los hombres y 65,8 años de las mujeres), el promedio de hijos por mujer al final del período reproductivo era de 4,46, cerca de 69 de cada 1.000 niños morían antes de cumplir su primer año de vida, un 37% de la población vivía en áreas rurales (Naciones Unidas, 2008c) y uno de cada cinco hombres y una de cada cuatro mujeres mayores de 15 años eran analfabetos (el 20% y el 25%, respectivamente) (UNESCO, 1981). Tres lustros después, transcurrida la década de 1980 —durante la cual se registraron indicadores económicos y sociales contrapuestos como la baja del producto real por habitante, una situación de desequilibrio macroeconómico y un deterioro del marco social, al mismo tiempo que se recuperaban los sistemas democráticos—, la región se preparaba para participar en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) y con ese fin se elaboró un documento en que se apreciaban los avances logrados. En ese momento —es decir, en 1994—, la esperanza de vida había alcanzado los 68,9 años (65,6 años en el caso de los hombres y 72,3 años de las mujeres), el promedio de hijos por mujer era inferior a tres (2,83), la mortalidad infantil había descendido a 38 defunciones de menores de un año por cada 1.000 nacidos vivos, la población que vivía en áreas rurales representaba el 27% del total (Naciones Unidas, 2008c) y el analfabetismo de los mayores de 15 años había disminuido al 14% en los hombres y al 17% en las mujeres (CEPAL, “Indicadores para el seguimiento de la Plataforma de Beijing”, en línea).

Al finalizar la primera década del tercer milenio, en América Latina y el Caribe la esperanza de vida al nacer se ha elevado a 73,4 años (70,2 los hombres y 76,7 las mujeres), el promedio de hijos por mujer está llegando al nivel de reemplazo (2,18), la mortalidad infantil ha descendido a 22 defunciones de menores de un año por cada 1.000 nacidos vivos y la población que habita en áreas rurales representa el 20% del total (Naciones Unidas, 2008c). A su vez, el analfabetismo de los mayores de 15 años ha disminuido al 8,3% en los hombres y al 9,7% en las mujeres. Cabe destacar que entre las generaciones jóvenes se invirtió el diferencial de analfabetismo en el período de referencia, de tal manera que en 1990 el 7% de los hombres y el 6% de las mujeres de 15 a 24 años eran analfabetos. En 2006, estas cifras se habían reducido al 3,3% y al 2,5%, respectivamente (información del Instituto de Estadística de la UNESCO). También se han registrado avances en materia de saneamiento ambiental: la información disponible sobre 1990 indica que el 84% de la población tenía acceso sostenible a fuentes de abastecimiento de agua potable, cifra que en 2006 se había incrementado al 92%. A su vez, el acceso sostenible a mejores servicios de saneamiento aumentó del 68% al 79% en el mismo período (CEPAL, 2010).

Fuente: Naciones Unidas, “World Populations Prospects. The 2008 Revision. Population Database” [en línea] <http://esa.un.org/UNPP/index.asp?panel=2>, 2008; Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), *Dimensión cuantitativa de la situación del analfabetismo en América Latina y el Caribe*, Santiago de Chile, 1981; Naciones Unidas, *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2008*, Nueva York, 2008; Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *Anuario estadístico de América Latina y el Caribe, 2009 (LC/G.2430-P/B)*, Santiago de Chile, 2010. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: E/S.10.II.G.1.

En una evaluación del Programa de Acción de la CIPD realizada en octubre de 2009 se concluyó que América Latina y el Caribe han avanzado en el reconocimiento de los derechos reproductivos como parte integral de los derechos humanos y que los países han advertido la centralidad de la meta de acceso universal a la salud sexual y reproductiva, pero que aún es preciso consolidar el acceso a los servicios integrales en la materia y remover las barreras que todavía se enfrentan al respecto —principalmente entre los adolescentes y los jóvenes—. Por otra parte, de la evaluación de los ODM se desprende que si bien se habrán alcanzado dos de las tres metas de igualdad de género y empoderamiento de la mujer, quedará pendiente el logro de la igualdad de representación femenina en los parlamentos nacionales (CEPAL/CELADE y UNFPA, 2009c).

Ambas evaluaciones coinciden en señalar que los niveles de mortalidad materna en la región son inaceptables y que de acuerdo con las tendencias actuales no se lograrán las metas fijadas para 2015, a menos que se emprendan acciones clave como atención calificada de los partos, cuidados obstétricos de

emergencia y planificación familiar, además de abordar la inequidad de género, responder al aborto inseguro y la violencia contra la mujer y superar las deficiencias en materia de registro de la morbilidad materna (CEPAL/CELADE y UNFPA, 2009c).

La persistencia de un alto nivel de fecundidad adolescente constituye otro gran desafío. Es necesario ampliar las opciones de proyectos de vida para los jóvenes y adolescentes; promover la inclusión de la educación sexual integral en las escuelas y espacios de encuentro; mejorar su acceso a la información, a servicios amigables de salud sexual y reproductiva, a la anticoncepción y prevención del VIH y evitar todo tipo de presión, violencia, abuso sexual y explotación. También es preciso garantizar la permanencia escolar de las adolescentes embarazadas y fortalecer el trabajo de prevención de un segundo embarazo (CEPAL/CELADE y UNFPA, 2009c).

Aunque el panorama de respuesta al VIH/SIDA en la región es auspicioso, persisten profundas inequidades en los avances y déficits en materia de prevención. Se llama a los gobiernos a elaborar respuestas más estratégicas, mejor coordinadas y centradas en la prevención de esta epidemia, atendida su creciente incidencia en la población joven y femenina, así como a mejorar la información y el conocimiento de ella, el comportamiento sexual y las conductas preventivas de jóvenes y adolescentes (CEPAL/CELADE y UNFPA, 2009c).

La agenda futura de acciones y logros previstos en los ámbitos de salud y salud sexual y reproductiva estará vinculada a los temas y retos emergentes identificados en la evaluación del Programa de Acción de la CIPD, a saber: la profundización del envejecimiento y sus implicaciones en la demanda y costos de atención de la salud, la distribución del cuidado y las relaciones intergeneracionales; las relaciones de género y la articulación entre los roles productivo y reproductivo de la población; el cambio climático y los desastres naturales; la crisis humanitaria, económica y alimentaria; las nuevas tendencias de la epidemia del VIH; la segregación urbana; el creciente peso de la migración internacional y las desventajas que afectan a las poblaciones indígenas y afrodescendientes, entre otros (CEPAL/CELADE y UNFPA, 2009c).

Capítulo II

LA SALUD Y LA PROTECCIÓN SOCIAL EN EL MARCO DE LA DINÁMICA DEMOGRÁFICA, EL DESARROLLO Y LOS DERECHOS

La aplicación del marco interpretativo de los derechos humanos a la protección de la salud tiene enormes ventajas en distintos ámbitos de las políticas públicas y su relación con la población y el desarrollo, dado que aporta elementos para la formulación, seguimiento y evaluación de estas políticas y centra la atención en las personas y grupos que enfrentan barreras para ejercer su derecho a la salud. Además, estimula el desarrollo de indicadores y la creación de marcos de referencia para vigilar los avances en materia sanitaria y en el acceso a una atención de salud de buena calidad.

Desde este punto de vista, es preciso destacar la estrecha relación que existe entre la protección de la salud y el contexto demográfico en que ella se desarrolla. Como se sabe, la región se caracteriza por la disparidad de sus cambios epidemiológicos, los que varían de acuerdo con la heterogeneidad interna de los países. De este modo, los procesos demográficos y epidemiológicos serán más avanzados cuanto mejores sean las condiciones socioeconómicas de la población y más favorable su acceso a los servicios básicos, mientras que en las áreas más deprimidas las enfermedades transmisibles siguen apareciendo como causas principales de morbilidad y muerte en todos los rangos de edad, incluso la población adulta mayor (Ham Chande, 2003).

Como resultado de este llamado rezago epidemiológico, la protección de la salud afronta un doble problema: por una parte, una mayor incidencia de enfermedades crónico-degenerativas y, por otra, la persistencia de algunas enfermedades transmisibles (como las respiratorias) y maternas. La complejidad de esta dinámica indica la necesidad de invertir y mejorar los recursos disponibles para tratar determinado tipo de enfermedades, sin descuidar las acciones de prevención y tratamiento de las transmisibles.

En este escenario, las políticas de salud de los países de América Latina y el Caribe deben abordar nuevos y viejos desafíos. Los primeros obedecen a las variaciones de la demanda, que exigen nuevas prestaciones y tratamientos. Los segundos reflejan las carencias históricas de la región en materia de equidad en el acceso a servicios de salud oportunos y de buena calidad, escasez de recursos humanos y financieros y articulación de los distintos niveles de atención del sistema de salud y de los subsectores público y privado (CEPAL, 2006a).

En materia de población, salud y protección social, tan importante como afrontar estos desafíos es que, antes de emprender reformas de salud, se observe con atención los patrones de salud de la población, y que, junto con ello, el diseño e implementación de las acciones atiendan de manera oportuna y adecuada las oportunidades demográficas de cada país.

El objetivo de este capítulo es ofrecer un acercamiento esquemático a la relación entre el derecho a la salud, la población y la protección social, con especial hincapié en las necesidades y desafíos que afronta la región al respecto. A esos efectos, se ofrece un panorama general de la forma y contenido del derecho a la salud y su vinculación con la protección social, para luego analizar la relación entre este derecho y las necesidades sanitarias en el contexto de la dinámica demográfica regional. Posteriormente, se examinan los lazos entre el derecho a la salud, los factores demográficos y el financiamiento. Por último, el análisis se centra en el derecho a la salud de algunos grupos específicos de la población como las personas con discapacidad, los pueblos indígenas, las personas mayores, las mujeres y los adolescentes.

A. EL DERECHO A LA SALUD Y LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

1. El derecho a la salud en el contexto internacional

El derecho a la salud está reconocido en numerosos instrumentos de derecho internacional adoptados en el sistema de las Naciones Unidas, entre otros, la Declaración Universal de Derechos Humanos, de 1948, y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de 1966. En el sistema interamericano, está garantizado en el artículo 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales (Protocolo de San Salvador). También ha sido incorporado en diversos tratados de derechos humanos de carácter sectorial sobre la mujer, los niños, los migrantes y las personas con discapacidad y su importancia se ha subrayado en numerosas declaraciones y acuerdos internacionales como la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (1994), la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA (2001), la Declaración del Milenio (2000) y la Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas (2007), por mencionar algunos.

Desde la perspectiva de la protección social, varios agentes de derechos humanos han elaborado marcos o instrumentos analíticos para que se comprenda mejor el contenido y alcance de las políticas públicas basadas en los derechos económicos, sociales y culturales, entre ellos el derecho a la salud. La CEPAL no ha estado ajena a este desafío y mediante la resolución 626(XXXI), de 2006, sus Estados miembros reconocieron que la protección en materia de salud es esencial para fortalecer la cohesión social y, por lo tanto, para el quehacer de los gobiernos de la región. En esa oportunidad, hicieron un llamado a garantizar a todos los ciudadanos y ciudadanas la atención pertinente ante las vicisitudes en este ámbito y a avanzar en su materialización y exigibilidad efectiva.

2. Contenido y forma de aplicación del derecho a la salud

En su Observación general N° 14, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales hizo notar que el derecho a la salud no debe entenderse como el derecho a estar sano, precisando que un Estado no puede garantizar la buena salud ni puede brindar protección contra todas las causas posibles de mala salud de un ser humano, ya que los factores genéticos, la propensión individual a una afección y la adopción de estilos de vida malsanos o arriesgados suelen desempeñar un papel importante en la salud de las personas (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000).

El derecho a la salud, expresó el Comité, entraña libertades y derechos. Entre las libertades se cuentan el derecho a controlar la propia salud y el cuerpo, incluida la libertad sexual y genésica y el derecho a no padecer injerencias ni ser sometido a torturas o a tratamientos y experimentos médicos no consensuales. En este marco, el derecho a la salud debe entenderse más apropiadamente como el derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000).

De igual modo, el derecho a la salud puede definirse a partir de una serie de elementos que le dan contenido y forma para su aplicación práctica (véase el cuadro II.1). En primer lugar, es preciso destacar que la salud es un derecho inclusivo que abarca, además de la atención oportuna y apropiada, el acceso a factores determinantes básicos como agua limpia y potable, condiciones sanitarias adecuadas y ambientes sanos de trabajo, entre otros (Hunt, 2003). En segundo lugar, cabe recordar que las normas de derechos humanos proscriben toda discriminación en el acceso a la atención de salud y a sus factores determinantes

básicos que, por los motivos prohibidos internacionalmente, tenga por objeto el menoscabo del disfrute del derecho a la salud en condiciones de igualdad (Hunt, 2006).

Cuadro II.1
ELEMENTOS ESENCIALES DEL DERECHO A LA SALUD

Disponibilidad	Existencia de un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, centros de atención de la salud y programas que funcionen plenamente, así como medicamentos esenciales, agua limpia potable e instalaciones sanitarias adecuadas.
Accesibilidad	Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos. Se distinguen tres tipos de accesibilidad: <ul style="list-style-type: none"> - Accesibilidad física y segura para todos, incluso las personas y los grupos desfavorecidos. - Accesibilidad económica para todos, particularmente para las personas y los grupos desfavorecidos. - Acceso a la información, esto es, el derecho a buscar y obtener información relativa a la salud y a transmitirla observando la confidencialidad.
Aceptabilidad	Todas las instalaciones, bienes y servicios de salud deben respetar los principios de la ética médica y los valores culturales de la población de que se trate, ser sensibles a los requisitos de género y del ciclo de vida, respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas.
Calidad	Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y de buena calidad, para lo cual se requiere de personal formado profesionalmente, de capacidad probada, y de equipamiento médico adecuado.

Fuente: Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, Observación general N° 14 (E/C.12/2000/4), Nueva York, Consejo Económico y Social, 2000.

En tercer lugar, y aunque la salud esté supeditada a la realización paulatina y a la limitación de recursos, el derecho a ella le impone a los Estados tres tipos de obligaciones de carácter general: respetar, proteger y cumplir. La primera exige que se abstengan de injerir directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud; la segunda, que adopten medidas orientadas a impedir que terceros interfieran en la aplicación de las garantías del derecho a la salud, y la tercera, que tomen medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario o de otra índole para hacer efectivo el derecho a la salud (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000).

**B. LAS NECESIDADES SANITARIAS Y LA PROTECCIÓN DE LA SALUD
EN EL CONTEXTO DEMOGRÁFICO**

En materia de protección de la salud, los países de América Latina y el Caribe deben hacer frente a los desafíos relacionados principalmente con tres aspectos: la falta de equidad existente en el ámbito de la salud, el funcionamiento del sistema y las demandas emergentes. El primero se refiere a las evitables desigualdades y diferencias en la prestación de servicios de salud que surgen a causa de factores discriminatorios (OMS, 2009). El segundo da cuenta de las carencias históricas que presenta la región en materia de servicios de salud oportunos y de buena calidad, escasez de recursos humanos y financieros y articulación de los diversos sistemas. El tercer problema obedece a las variaciones de la demanda que se

producen debido a la dinámica demográfica, epidemiológica y tecnológica, lo que requiere de nuevas prestaciones y tratamientos que, de no mediar las intervenciones necesarias, contribuirán a incrementar los costos de los servicios de salud (CEPAL, 2006a).

En la región, todo indica que el problema sanitario es mucho mayor del que debieron afrontar los países desarrollados, ya que la transición demográfica se está produciendo a un ritmo más acelerado y los sistemas de salud todavía presentan numerosas deficiencias a la hora de responder a las necesidades de la población joven. A su vez, el rápido envejecimiento de la estructura por edad de la población ha ido provocando un aumento notable de la demanda de atenciones de salud por parte de las personas de edad (Naciones Unidas, 2007a; CEPAL/CELADE, 2008b). Como resultado, mientras que a nivel agregado la región se acerca rápidamente al escenario de los países desarrollados en cuanto al efecto de las enfermedades no transmisibles, ello no implica que se haya resuelto de manera satisfactoria el problema de las enfermedades vinculadas a un menor grado de desarrollo, como las transmisibles y las materno-infantiles.

En suma, si bien en algunos países es fundamental invertir mayor número de recursos en salud pública y eficacia de los servicios para reducir los altos niveles de incidencia de las enfermedades transmisibles y materno-infantiles; la creciente importancia de las enfermedades no transmisibles demuestra que, a mediano y largo plazo, será preciso ampliar el espectro de acciones y ámbitos de intervención en materia de salud (CEPAL, 2006a). Por otra parte, el envejecimiento previsto de la población implica que la carga de enfermedades no transmisibles aumentará con el tiempo, de manera que cabe proyectar una demanda cada vez más significativa de servicios de salud de mayor costo.

Este complejo cuadro epidemiológico se acompaña de la desigualdad que caracteriza a la región y que afecta adversamente la salud de los más vulnerables debido a las diferencias en materia de cobertura, acceso y calidad de los servicios pertinentes. En el grupo de población de bajos ingresos, los años de vida saludable perdidos por causas transmisibles aumentan prácticamente en todas las edades en comparación con el grupo de altos ingresos, mientras que la trayectoria de las causas no transmisibles es relativamente similar en todos los segmentos socioeconómicos. Este resultado indica una triple desventaja del sector de bajos ingresos, que además de ser pobre tiene altos niveles de mortalidad y morbilidad, tanto por causas transmisibles como no transmisibles (CEPAL, 2006a).

Asimismo, los datos disponibles sobre ocho países latinoamericanos muestran que las inequidades en materia de mortalidad son significativas y que siguen siendo altamente sensibles a las brechas socioeconómicas, debido a las desigualdades vinculadas a la pobreza en el ámbito de la salud (Naciones Unidas, 2005a). Por ejemplo, en el Brasil, Haití y Nicaragua la tasa de mortalidad infantil es al menos dos veces más elevada en las zonas rurales que en las urbanas, mientras que en el Brasil, Colombia, Honduras y Nicaragua es tres veces más alta entre los niños de madres de bajo nivel educativo. A su vez, en tres de los países recién mencionados (el Brasil, Honduras y Nicaragua) la probabilidad de morir antes de cumplir los cinco años de vida es tres veces más elevada en el 20% de los hogares más pobres que en el 20% de los hogares más ricos (OMS, 2009).

C. PROTECCIÓN DE LA SALUD, GASTO Y FACTORES DEMOGRÁFICOS

Un rasgo fundamental que distingue los derechos económicos, sociales y culturales de los derechos civiles y políticos es la estrecha vinculación de los primeros con la política económica, dado que su efectividad depende de las erogaciones del Estado.

De acuerdo con la OMS, un buen sistema de financiamiento permite recaudar fondos adecuados para la salud a fin de garantizar que la población pueda acceder a los servicios que necesita y se encuentre protegida contra una catástrofe financiera o el empobrecimiento resultante del pago de ellos (OMS, 2007b). Lo anterior está subordinado a dos principios clave de los derechos económicos, sociales y culturales: la realización progresiva y la no regresividad. El primero supone que los Estados tienen la obligación concreta y constante de avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia la plena realización de los derechos (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000). El segundo impone la obligación de mantener un nivel básico y apropiado de disfrute del más alto nivel posible de salud y de no retroceder respecto de los avances logrados. En este marco, el derecho a la salud de la población está estrictamente vinculado a la cobertura y calidad de la atención de salud que ofrece cada país.

En la región, el sector sanitario presenta una variada gama de instituciones y mecanismos orientados a financiar, asegurar, regular y prestar los servicios del caso. Sin embargo, las inequidades en materia de acceso a ellos representan un problema común que tiene consecuencias concretas en la salud de la población (CEPAL, 2006a). El factor demográfico plantea un reto adicional en este sentido, dado que en el futuro el envejecimiento ejercerá presión sobre los recursos sanitarios disponibles, en un contexto en que los países todavía tienen que resolver muchos problemas básicos de salud que afectan a otros sectores de ella.

Sin embargo, el aumento del gasto de salud también puede atribuirse a otros factores además de la edad. Por ejemplo, en los países de mayor PIB per cápita tiende a gastarse más en salud que en los demás (OCDE, 2009). Un examen realizado en los países de la región demostró que, efectivamente, esta relación es muy estrecha. En aquellos cuyo PIB per cápita es superior al promedio regional —la Argentina, Chile, México y el Uruguay, entre otros—, los egresos totales por concepto de salud son más elevados que en los más pobres —Guatemala, Honduras y Nicaragua, entre otros—, aunque ello no siempre significa que sean más equitativos.

Por cierto, para que los sistemas de salud sean equitativos deben contar con un fuerte componente de gasto público —sobre el 60%— y un bajo aporte de bolsillo (OIT/OPS, 1999). En los países de la región de que se dispone de información al respecto, el gasto del gobierno en este sector en 2006 fue equivalente a cerca del 55% del total, mientras que la contribución privada alcanzó en promedio alrededor del 45%, un 80% de la cual fue solventada directamente por los hogares. Estas diferencias ponen de relieve que el nivel de gasto en salud también depende en gran medida de las decisiones políticas relacionadas con el monto de inversión adecuado y del valor que se le otorgue al gasto adicional en salud respecto de otros bienes y servicios, de manera que aún existe amplio margen para aumentar la participación del gasto público en este ámbito.

En las próximas décadas, el financiamiento de la atención de salud seguirá siendo el factor más conspicuo en la formación de la demanda de cuidados, la equidad de acceso a los servicios y la factibilidad de su oferta (Guerra, 2001). El cambio demográfico en curso abrirá oportunidades, pero también traerá desafíos importantes para el sector de la salud de varios países de la región que se encuentran en las etapas menos avanzadas de la transición demográfica. En cambio, en aquellos cuyo proceso de envejecimiento se encuentra más desarrollado tendrán que emprender reformas para adaptar el sistema al cambio demográfico y avanzar hacia la sostenibilidad del gasto, el acceso y la calidad de las atenciones de salud.

D. LOS GRUPOS ESPECÍFICOS DE LA POBLACIÓN Y LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

Las grandes disparidades sociales y económicas de la población regional, así como su diversa composición étnica y racial, hacen necesario un reconocimiento explícito de ciertos grupos específicos de la población —las personas con discapacidad, los pueblos indígenas, las personas mayores, las mujeres y los adolescentes, entre otros—, a quienes los Estados deben garantizar el pleno acceso y protección de la salud (Brena, 2006; Hunt, 2003).

La principal razón para brindarles una protección particular a estos grupos es que con frecuencia suelen ser objeto de discriminación, lo que se refleja en la distribución de las enfermedades y la evolución del estado de salud, afectando el ejercicio de su derecho a ella. De esto se desprende que el sistema sanitario debería ser accesible a todas las personas y comunidades, con especial hincapié en los grupos más desfavorecidos. Asimismo, debe ir más allá de un sinnúmero de intervenciones verticales y poco coordinadas respecto de distintas enfermedades, abarcando en cambio la atención de la salud y la accesibilidad de los factores determinantes básicos de manera eficaz, integrada y con capacidad de respuesta (Hunt, 2006).

En términos prácticos, para garantizar el derecho a la salud de los grupos más desfavorecidos es preciso determinar y analizar las complejas maneras en que se ven afectados por la estigmatización y la discriminación (Hunt, 2004). Ello exige la recopilación y análisis de datos específicos y desagregados que permitan identificar las brechas existentes y aplicar las medidas especiales o afirmativas necesarias para reducir o eliminar las condiciones discriminatorias en el ejercicio del derecho a la salud. A su vez, esto significa implementar acciones orientadas a prevenir o compensar las desventajas o la discriminación, así como a proveer una igualdad sustantiva, al tomar en cuenta la situación específica de los grupos desfavorecidos y romper el ciclo de desventajas relacionadas con la pertenencia a uno de ellos (Rodríguez-Piñero, 2010).

Por ejemplo, el objetivo principal de las medidas que sería preciso poner en práctica en el caso de las personas con discapacidad es que puedan asumir las funciones y responsabilidades que les corresponden como ciudadanos y lograr que tengan la misma capacidad de elección y control de sus vidas que el resto de la población. Las actuaciones en este campo deben apuntar necesariamente a garantizar el acceso, la accesibilidad y la integración en igualdad de condiciones. En este contexto, una de las prioridades más importantes es el acceso a asistencia prolongada y servicios de apoyo. Entre los factores que es preciso abordar se cuentan la compensación de las discapacidades, la habilitación y la rehabilitación, así como paliar las consecuencias económicas y sociales de la discapacidad y las inequidades en materia de salud (Naciones Unidas 2007a; OPS, 2008).

En cuanto a los pueblos indígenas, los estándares de las Naciones Unidas establecen que los Estados han de facilitar el acceso a la protección de su salud y hacerlo con respeto por sus tradiciones y costumbres (véase el recuadro II.1). En opinión del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000), los pueblos indígenas tienen derecho a la aplicación de medidas específicas que les permitan mejorar su acceso a los servicios de salud, los cuales deben ser apropiados desde el punto de vista cultural —medidas afirmativas. Hay que tener en cuenta los cuidados preventivos, las prácticas curativas y las medicinas tradicionales. También deberán protegerse las plantas medicinales y los minerales que resulten necesarios para el pleno disfrute de la salud de los pueblos indígenas (Naciones Unidas, 2007b; CEPAL, 2007).

Recuadro II.1
EL DERECHO A LA SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS

Dado el nuevo contexto sociopolítico, los Estados deben reconocer, promover, proteger y garantizar una atención de la salud compatible con las concepciones y prácticas del proceso de salud-enfermedad-sanación propio de los pueblos indígenas, pues se trata de un derecho colectivo específico. En este sentido, es prioritario que al formular las políticas se considere que el concepto indígena de salud trasciende la definición internacionalmente aceptada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) e incorpora como elementos constitutivos la espiritualidad, lo colectivo y la estrecha relación con el ecosistema, de una manera holística.

Sobre la base del Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas, y considerando las cinco dimensiones del estándar mínimo de derechos de estos pueblos (CEPAL, 2007), es posible sintetizar los derechos específicos en materia de salud vinculados a cada una de ellas:

- Derecho a la no discriminación en el acceso y atención de la salud.
- Derecho al desarrollo y el bienestar social, es decir, al nivel más alto posible de salud física y mental, mediante un acceso adecuado y de calidad.
- Derecho a la integridad cultural, que supone utilizar el idioma indígena, aplicar el concepto de bienestar y salud integral y el uso, fortalecimiento y control de la medicina tradicional.
- Derecho a la propiedad, uso, control y acceso a las tierras, territorios y recursos, lo que implica la conservación de las plantas, animales, minerales y espacios territoriales de interés vital en el proceso salud-enfermedad-sanación.
- Derecho a la participación política, en este caso específico en el diseño, responsabilidad y control social (recursos) de las políticas y programas de salud.

En materia de políticas de protección social, los Estados tienen actualmente el desafío de mejorar la desfavorable situación de salud de los pueblos indígenas y la inequidad estructural que les afecta, incorporando un enfoque de derechos que tome en cuenta el estándar señalado, cuyas características fundamentales son el hecho de que constituyen derechos de los pueblos, es decir, que son atributos de entidades sociales más que de personas y colectividades, que comprenden derechos políticos y de desarrollo que interactúan entre sí y que existen independientemente de su reconocimiento por parte del Estado.

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *Panorama social de América Latina 2007* (LC/G.2351-P/E), Santiago de Chile, 2007. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.07.II.G.124.

En relación con las personas mayores, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales —mediante la Observación general N° 6, de 1995— ha señalado que para ejercer el derecho a la salud en la vejez es preciso disponer de todos los medios necesarios para vivir de manera digna la última etapa de la vida, incluida la atención de los enfermos terminales. A su vez, en la Observación general N° 14, de 2000, reafirmó la importancia de un enfoque integrado de la salud que abarque la prevención, la curación y la rehabilitación. Estas medidas deben basarse en exámenes médicos periódicos para ambos sexos, prestación de servicios de rehabilitación física y psicológica destinadas a mantener la funcionalidad y autonomía de las personas mayores y atención y cuidado de los enfermos crónicos y en fase terminal, ahorrándoles dolores y permitiéndoles morir con dignidad (OPS, 2009b).

Los adolescentes, por su parte, deben disfrutar de un entorno seguro y propicio que les permita participar en las decisiones relacionadas con su salud, adquirir experiencia, tener acceso a información adecuada, recibir consejos y negociar sobre las cuestiones que afectan su salud. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000) ha hecho especial hincapié en que el ejercicio del derecho a la salud de los adolescentes depende, además y por sobre todo, de una atención respetuosa que tenga en cuenta la confidencialidad y la vida privada.

Junto con lo anterior, es recomendable utilizar el enfoque basado en la perspectiva de género al invocar el derecho a la salud de los grupos específicos de la población, toda vez que los factores biológicos y socioculturales ejercen una influencia importante en la salud de hombres y mujeres. La desagregación según sexo de los datos socioeconómicos y de aquellos relativos a la salud es indispensable para determinar y subsanar las inequidades en este ámbito. Con respecto a los problemas de salud que afectan específicamente a las mujeres, el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas —en el 11º período de sesiones— expidió la resolución 11/8 sobre la mortalidad y morbilidad materna prevenible y los derechos humanos, reconociendo la tasa mundial inaceptablemente alta de mortalidad y morbilidad que afecta a las mujeres, vinculada a su función reproductiva; reafirmando los compromisos internacionales previos y manifestando su convicción de que se necesita urgentemente que los Estados parte en las convenciones aumenten la voluntad política y el compromiso, la cooperación y la asistencia técnica destinados a reducirla. También expresó su preocupación al respecto y reconoció que la mayoría de los casos de mortalidad y morbilidad materna son prevenibles, que suponen un problema de salud, desarrollo y derechos humanos y que exigen la promoción y protección efectiva de los derechos humanos de las mujeres y las niñas, en particular su derecho a la vida (Naciones Unidas, 2009c).

En definitiva, el enfoque de los derechos favorece la titularidad de los derechos humanos de todos los grupos sociales y, de ese modo, contribuye a que aquellos que en el pasado fueron excluidos sean tratados sobre la base de la igualdad y el respeto de la dignidad humana en el presente (Naciones Unidas, 2005b). Desde este ángulo, uno de los desafíos centrales del enfoque basado en los derechos es contribuir a la construcción de una sociedad en que las personas, independientemente de su género, edad, estado de salud y otros factores, tengan las mismas oportunidades para hacer efectivo el pleno respeto y ejercicio de sus derechos humanos y sus libertades.

SEGUNDA PARTE

En el primero de los capítulos que conforman esta parte —el tercero del documento— se revisan las tendencias actuales de la mortalidad y la morbilidad en América Latina y el Caribe. Las secciones A y B muestran que se ha producido un aumento significativo de la esperanza de vida y una disminución de la mortalidad infantil y en la niñez. El ritmo de avance de los dos primeros indicadores ha permitido que muchos países ya hayan superado las metas propuestas en el Programa de Acción de la CIPD y que casi todos los restantes las alcancen hacia 2015. En el caso de la mortalidad en la niñez, en cambio, de continuar la tendencia vigente de escasa reducción, más de la mitad de los países no podrá cumplir la meta establecida en el cuarto ODM en 2015.

En el mismo capítulo se identifican las grandes diferencias en materia de acceso a los servicios y oportunidades en el área de la salud, que se traducen en un nivel dispar de los indicadores según países, áreas geográficas y grupos poblacionales. En particular, se hace referencia a las condiciones de atraso que experimentan las zonas rurales, las personas de menor nivel educativo y las poblaciones indígenas y afrodescendientes. También se describen las barreras de acceso a los servicios de salud materna e infantil que enfrentan los sectores más pobres de la población, cuyos resultados son una alta prevalencia del bajo peso al nacer, complicaciones durante el parto, mortalidad neonatal y una frecuencia mucho menor de esquemas completos de vacunación y de atención en alguna institución de salud en casos de enfermedad diarreica aguda e infección respiratoria aguda. En la sección C de este tercer capítulo se examina el problema de mortalidad de los jóvenes en la región, detectando que en algunos países hay diversas situaciones de violencia y conflicto que han afectado principalmente a los varones de este grupo etario. Finalmente, en la sección D se aborda el tema de mortalidad de las personas mayores.

El capítulo IV se ocupa de las tendencias epidemiológicas de la región, que están estrechamente relacionadas con la etapa de la transición demográfica en que se encuentran los países. El análisis realizado permite concluir que el perfil epidemiológico de América Latina y el Caribe se caracteriza por una superposición de etapas, de manera que todos los países de la región tienen el doble desafío de seguir disminuyendo la mortalidad que obedece a las enfermedades infecciosas y parasitarias y enfrentar la creciente mortalidad por causas no transmisibles. Un reto adicional en este sentido es la necesidad de conocer y afrontar las enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes.

Finalmente, en el capítulo V se identifican y analizan las variaciones experimentadas por diversos indicadores de salud sexual y reproductiva de la región respecto de las metas acordadas en la Conferencia de El Cairo y establecidas en los ODM. Se constata una significativa disminución de la fecundidad, vinculada a los altos niveles de prevalencia anticonceptiva, así como del grado de demanda insatisfecha de planificación familiar en la gran mayoría de los países. Asimismo, se advierte que la mortalidad materna presenta niveles inaceptables en la región, por cuanto la totalidad de estas muertes podría evitarse mediante la aplicación de los protocolos conocidos de prevención y atención. También se da cuenta del alto nivel de fecundidad adolescente y de la persistencia de este fenómeno, lo que obedece a las barreras que aún operan en el acceso de los y las adolescentes a servicios integrales de salud sexual y reproductiva. En la respuesta al VIH/SIDA se observa un panorama positivo, fundamentalmente debido al grado de cobertura del tratamiento antirretroviral.

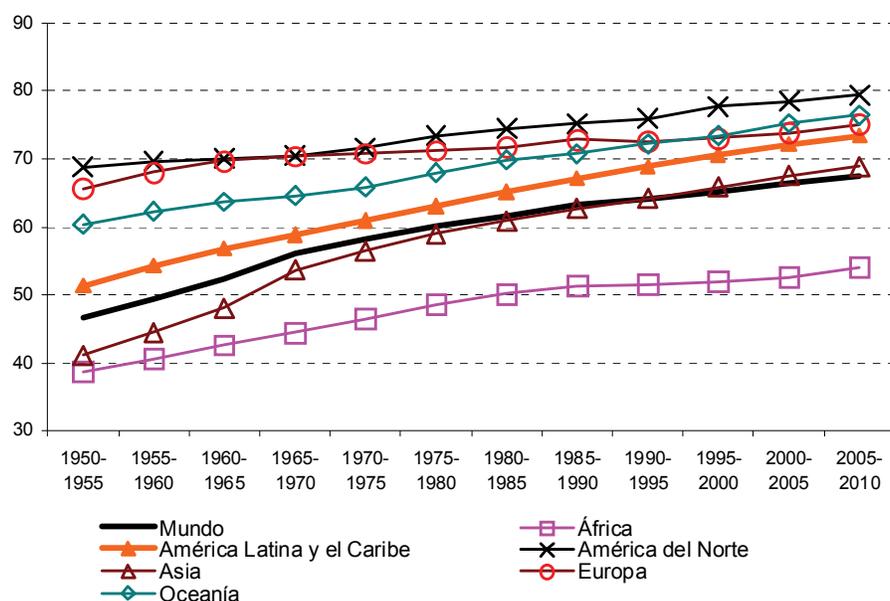
Capítulo III

LA EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE DESDE 1950 HASTA 2010

A. TENDENCIAS DE LA ESPERANZA DE VIDA AL NACER

A mediados del siglo pasado, la esperanza de vida al nacer promedio de la región, en ambos sexos, era de 51,4 años; en el quinquenio 2005-2010, se estima que alcanzará los 73,4 años. Al comienzo, esta importante ganancia sobre la mortalidad obedeció principalmente al descenso de las defunciones provocadas por enfermedades infecciosas, parasitarias y respiratorias en la población infantil. Más tarde se extendió hacia otras edades, como consecuencia del cambio epidemiológico (CEPAL/CELADE, 2008a). El gráfico III.1 ilustra los avances de América Latina y el Caribe en esta materia, en comparación con las demás regiones del mundo. Si bien los niveles de esperanza de vida al nacer siempre fueron superiores al promedio mundial, a mediados del siglo pasado se encontraban más próximos a los de África y Asia que de América del Norte y Europa; sin embargo, en la actualidad son similares a los que presentan las regiones más desarrolladas.

Gráfico III.1
MUNDO Y REGIONES: ESPERANZA DE VIDA AL NACER DE AMBOS SEXOS, 1950-2010



Fuente: Naciones Unidas, *World Population Prospects: The 2008 Revision*, Nueva York, 2008.

En el cuadro III.1 se describe la situación regional en el quinquenio 1950-1955 y los avances logrados hasta la fecha (2005-2010), clasificando a los países según el nivel relativo de mortalidad en cada período de cinco años. En 1950-1955, nueve países de la región presentaban una alta mortalidad, con

una esperanza de vida al nacer inferior a los 50 años en ambos sexos. En el extremo opuesto estaba el Uruguay, donde ella sobrepasaba los 65 años. En la actualidad, la esperanza de vida de toda la región, exceptuando a Haití (61 años), se encuentra por encima de los 65 años y en siete países —Barbados, Chile, Costa Rica, Cuba, Guadalupe, Islas Vírgenes de los Estados Unidos y Martinica— supera los 77 años, que es el promedio de los países más desarrollados. Guatemala, Honduras, Nicaragua y el Perú tuvieron alrededor de 30 años de ganancia, siendo los países de mayor avance al respecto. Haití, que en 1950-1955 tenía una esperanza de vida de 36 años, registró un incremento de 0,4 años de vida por año calendario, similar al promedio regional e incluso superior en los últimos años. Sin embargo, aún tiene un rezago de cerca de 30 años respecto de la región en su conjunto y de 46 años en comparación con Martinica, país que actualmente presenta la cifra más elevada de esperanza de vida al nacer.

Cuadro III.1
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: CLASIFICACIÓN DE LOS PAÍSES SEGÚN
 EL NIVEL DE MORTALIDAD, MEDIDO POR LA ESPERANZA DE VIDA
 AL NACER DE AMBOS SEXOS (e(0)), 1950-1955 Y 2005-2010**

Mortalidad en 1950-1955	Mortalidad en 2005-2010				
	Alta (menos de 65 años)	Media alta (65 a 69,9 años)	Media (70 a 74,9 años)	Media baja (75 a 76,9 años)	Baja (más de 77 años)
Alta (menos de 50 años)	Haití	Bolivia (Estado Plurinacional de)	El Salvador, Honduras, Guatemala, Nicaragua, Perú, Rep. Dominicana	Ecuador	
Media alta (50 a 54,9 años)		Guyana	Brasil, Colombia, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía	Guyana Francesa, México,	Chile
Media (55 a 59,9 años)		Suriname, Trinidad y Tabago	Bahamas, Venezuela (República Bolivariana de)	Belice, Panamá	Barbados, Costa Rica, Cuba, Guadalupe, Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Martinica
Media baja (60 a 64,9 años)			Aruba, Jamaica, Paraguay	Antillas Neerlandesas, Argentina, Granada	
Baja (más de 65 años)				Uruguay	

Fuente: CELADE-División de Población de la CEPAL, estimaciones y proyecciones de población, revisión 2008, y Naciones Unidas, *World Population Prospects: The 2008 Revision*, Nueva York, 2008.

Inicialmente, el Uruguay y la Argentina estaban a la vanguardia en cuanto a bajo nivel de mortalidad, debido al descenso de esta con anterioridad a 1950⁹. Sin embargo, han tenido reducciones menos significativas en el período estudiado, de manera que fueron superados por los siete países que en

⁹ En cierta medida, lo mismo ocurrió en Cuba y el Paraguay. Sin embargo, su comportamiento ha sido disímil, pues mientras Cuba se ubica hoy entre los países de muy baja mortalidad, en el Paraguay la esperanza de vida al nacer es inferior a la media regional.

el cuadro III.1 aparecen clasificados en la columna de baja mortalidad del quinquenio actual. Así, a pesar de la trayectoria convergente con que evolucionó la mortalidad a partir de las grandes disparidades que se observaban a mediados del siglo pasado, aún hoy día persisten algunas diferencias significativas, lo que “pone de manifiesto que aún hay un amplio campo de acción para aumentar la supervivencia de las personas en la región, especialmente si se considera que el nivel de la mortalidad en ella es similar al que exhibían los países más desarrollados hace ya 25 años” (CEPAL/CELADE, 2008b).

El comportamiento de la mortalidad tiene importantes diferencias entre los países y también entre los sexos. En general, las mujeres se han visto favorecidas por un mayor promedio de años de vida y un incremento creciente de ellos. Al examinar el diferencial según sexo tiende a aumentar la ventaja en favor del sexo femenino, desde aproximadamente 2,5 a 3,5 años respecto de una esperanza de vida al nacer de alrededor de 50 años hasta más de 6 años cuando esta supera los 70 años. En América Latina y el Caribe, la esperanza de vida al nacer femenina en 1950-1955 era 3,4 años mayor que la masculina, cifra que en la actualidad alcanza los 6,5 años. A ello habría contribuido el proceso de transición epidemiológica, que se tradujo en una disminución tanto de las muertes provocadas por complicaciones del embarazo y el parto como de ciertas enfermedades transmisibles que afectaban con mayor intensidad a las mujeres. Además, habría una mayor sobremortalidad de los hombres debido a enfermedades cardiovasculares y causas externas.

De acuerdo con la última revisión de las estimaciones y proyecciones de población (Naciones Unidas, 2008c), entre los períodos 1950-1955 y 2005-2010 la esperanza de vida al nacer de la región aumentó 22,1 años en promedio para ambos sexos y 20,5 y 23,6 años para los hombres y las mujeres, respectivamente. Las ganancias más significativas se registraron desde 1950-1955 hasta 1990-1995, en que la esperanza de vida promedio de ambos sexos creció 17,5 años, la de los hombres 15,9 y aquella de las mujeres 19,3, mientras que entre los quinquenios 1990-1995 y 2005-2010 el aumento fue menos marcado (4,5 años en ambos sexos, 4,6 en los hombres y 4,4 en las mujeres)¹⁰. Esto obedeció a que primero se logró reducir las enfermedades consideradas fácilmente evitables, como las infecciosas y parasitarias, que en gran parte se controlaron con anterioridad a la década de 1990. Los países cuya ganancia en materia de esperanza de vida superó el promedio regional fueron el Brasil, el Ecuador, El Salvador, el Estado Plurinacional de Bolivia, Guatemala, Haití, Honduras, Martinica, México, Nicaragua, el Perú y la República Dominicana.

La esperanza media de vida lograda en América Latina y el Caribe, de 74 años en el período 2005-2010, superó la meta de 70 años fijada por la OMS para el año 2000 y la establecida en el Programa de Acción de la CIPD para 2005 (Naciones Unidas, 1995). De los 36 países considerados, solo el Estado Plurinacional de Bolivia, Guyana, Haití, Suriname y Trinidad y Tabago no alcanzaron esta cifra. De acuerdo con las proyecciones de las Naciones Unidas, la región probablemente cumplirá la meta de 75 años de la CIPD para el año 2015. Sin embargo, las estimaciones sobre los países indican que casi la mitad de ellos tendrá que hacer esfuerzos importantes por lograr esta meta en el plazo fijado.

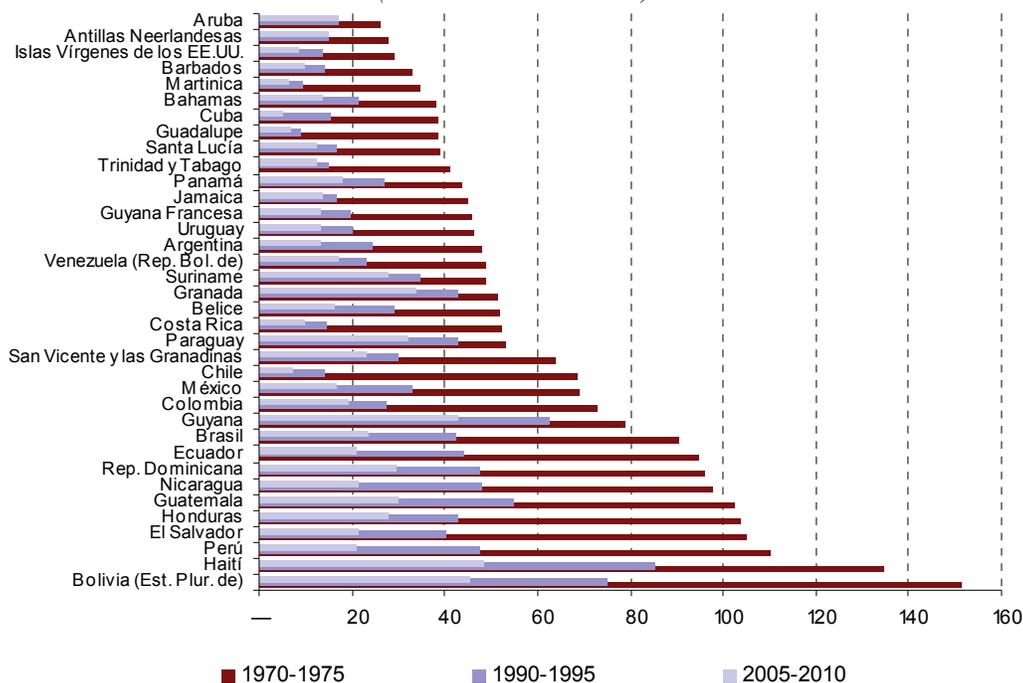
B. LA MORTALIDAD INFANTIL Y EN LA NIÑEZ

El aumento de la esperanza de vida al nacer, tanto de las mujeres como de los hombres, ha sido principalmente el resultado del descenso de la mortalidad en las edades tempranas, sobre todo de la mortalidad infantil. Esta disminución se ha registrado en todos los países, incluidos aquellos de alta

¹⁰ El incremento anual medio de la esperanza de vida desde 1950-1955 hasta 1990-1995 fue de 0,45 años, y entre 1990-1995 y 2005-2010, de 0,3 años.

mortalidad relativa (véase el gráfico III.2). En la segunda mitad del siglo XX, la tasa de mortalidad infantil de la región se redujo un 80%, al pasar de 138 defunciones por cada 1.000 nacidos vivos a 26 por 1.000¹¹.

Gráfico III.2
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: TASA DE MORTALIDAD INFANTIL,
1970-1975, 1990-1995 Y 2005-2010
 (Por 1.000 nacidos vivos)



Fuente: CELADE-División de Población de la CEPAL, “Proyección de población”, *Observatorio demográfico*, N° 7 (LC/G.2414-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2009, en prensa, y Naciones Unidas, *World Population Prospects. 2008 Revision*, Nueva York, 2008.

Hacia 1970, uno de cada 12 niños nacidos en la región fallecía antes de cumplir el primer año de vida. En seis países de América Latina y el Caribe (El Salvador, el Estado Plurinacional de Bolivia, Guatemala, Haití, Honduras y el Perú), de un total de 36, la tasa de mortalidad infantil era superior a 100 defunciones por cada 1.000 nacidos vivos y en dos países (el Estado Plurinacional de Bolivia y Haití) alcanzaba incluso valores cercanos o superiores a las 150 por 1.000.

En las décadas siguientes se produjo un marcado descenso de la mortalidad infantil. La tasa correspondiente a la región en su conjunto se redujo de 81 defunciones por cada 1.000 nacidos vivos en 1970-1975 a 38 por 1.000 en 1990-1995 y a 22 por 1.000 en 2005-2010. En mayor o menor medida, todos los países han experimentado una baja significativa de ella (véanse el gráfico III.2 y el cuadro III.2). Esta reducción de los riesgos de muerte en la niñez se produjo pese a las limitaciones que les impone a los países la situación de pobreza e inequidad prevaleciente en la región y las numerosas crisis económicas y políticas que han vivido muchos de ellos en las últimas décadas. En 2005-2010, el nivel de mortalidad

¹¹ La tasa de mortalidad infantil se refiere a la probabilidad de morir antes de cumplir un año de vida, que habitualmente se calcula como el cociente entre las defunciones de menores de un año y el número total de nacidos vivos en un mismo período, por lo general de un año.

infantil de Barbados, Chile, Costa Rica, Cuba, Guadalupe, las Islas Vírgenes de los Estados Unidos y Martinica ha sido igual o inferior a 10 defunciones por cada 1.000 nacidos vivos y solo el Estado Plurinacional de Bolivia, Guyana y Haití registran tasas de alrededor de 45 por 1.000. La mortalidad infantil de la mayoría de los países disminuyó entre un 60% y un 80%, independientemente de los niveles iniciales. Aquellos que presentaban tasas bajas en 1970-1975 han logrado un descenso mayor o similar al de los países de tasas más altas.

Cuadro III.2
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: CLASIFICACIÓN DE LOS PAÍSES SEGÚN EL NIVEL DE MORTALIDAD INFANTIL EN 1970-1975 Y EL PORCENTAJE DE REDUCCIÓN LOGRADO HASTA 2005-2010

Nivel de mortalidad infantil en 1970-1975	Porcentaje de reducción de la mortalidad infantil entre 1970-1975 y 2005-2010			
	Un 40% o menos	Entre 40% y 60%	Entre 60% y 80%	Un 80% o más
100 defunciones o más			Bolivia (Estado Plurinacional de), El Salvador, Haití, Honduras, Guatemala	Perú
Entre 50 y 100 defunciones	Granada, Paraguay	Guyana	Belice, Brasil, Colombia, Ecuador, México, Nicaragua, Rep. Dominicana, San Vicente y las Granadinas	Chile, Costa Rica
50 defunciones o menos	Aruba	Antillas Neerlandesas, Panamá, Suriname	Argentina, Bahamas, Barbados, Guyana Francesa, Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Jamaica, Santa Lucía, Trinidad y Tabago, Uruguay, Venezuela (República Bolivariana de)	Cuba, Guadalupe, Martinica

Fuente: CELADE-División de Población de la CEPAL, “Proyección de población”, *Observatorio demográfico*, N° 7 (LC/G.2414-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2009, en prensa, y Naciones Unidas, *World Population Prospects. 2008 Revision*, Nueva York, 2008.

Este cambio radical de los riesgos de muerte en la infancia habría obedecido a la combinación de varios procesos simultáneos, entre los cuales se cuentan el avance de los programas de salud materno-infantil basados principalmente en la atención primaria de alto impacto y bajo costo —como la vacunación masiva, la terapia de rehidratación oral y el control de salud de los niños sanos—; las transformaciones socioeconómicas y demográficas sostenidas, como la ampliación del grado de cobertura de los servicios básicos, sobre todo agua potable y saneamiento; el aumento de los niveles educativos de la población y el descenso de la fecundidad.

El análisis de la mortalidad en la niñez permite apreciar desde otro ángulo los avances en materia de salud infantil, al tomar en cuenta los riesgos existentes después del primer año de edad, en que pesan las condiciones de vida y otros factores exógenos¹². En 1990, en la región morían alrededor de 55 niños y niñas menores de 5 años por cada 1.000 nacidos vivos, pero en 2009 esta cifra disminuyó a 27 por 1.000, lo que implica una reducción ligeramente superior a la que experimentó la mortalidad de los menores de un año (un 51% y un 42%, respectivamente).

¹² La mortalidad en la niñez se refiere a la probabilidad de morir antes de cumplir cinco años de vida, que habitualmente se calcula como el cociente entre el número de defunciones de menores de 5 años y el de nacidos vivos de la cohorte correspondiente.

Al igual que en el caso de la mortalidad infantil, aunque hay una convergencia evidente, las diferencias entre los países de la región son aún marcadas. En el cuadro III.3 se clasificó a los países según la sobremortalidad de los menores de 5 años en 1990 y 2009, tomando como referencia al de más baja mortalidad (Martinica en 1990 y Martinica y Cuba en 2009). Las cifras entre paréntesis corresponden a la sobremortalidad en 2009, fecha en que un niño hondureño, por ejemplo, tenía cinco veces más riesgo de morir antes de cumplir los 5 años de edad que uno cubano. Los países de la diagonal (24) mantuvieron el mismo rango de sobremortalidad en el período considerado. En cambio, los tres que se ubican por encima de la diagonal experimentaron un deterioro de su nivel relativo de mortalidad y los ocho situados por debajo de ella tuvieron una mejora. Tanto en 2009 como en 1990 la mayor sobremortalidad se dio en Haití, donde un niño tenía 12 veces más riesgo de morir antes de los 5 años de edad que otro de Cuba o Martinica. En similar situación se encuentran el Estado Plurinacional de Bolivia y Guyana, aunque sus índices de sobremortalidad se ubican alrededor de 7.

1. El descenso de la mortalidad infantil y en la niñez y las metas establecidas

Las metas del Programa de Acción de la CIPD en materia de mortalidad infantil y en la niñez suponían reducir las tasas pertinentes a una tercera parte de los valores observados en 1990 para el año 2000, o bien a 50 defunciones de menores de un año y 70 defunciones de menores de 5 años por cada 1.000 nacidos vivos, respectivamente; para 2005 deberían haberse alcanzado tasas inferiores a 50 y 60 defunciones por cada 1.000 nacidos vivos y para 2015 todos los países tendrían que haberlas reducido a 35 y 45 defunciones por cada 1.000 nacidos vivos, respectivamente.

En el caso de la mortalidad infantil, como se ha señalado y se ilustró mediante el gráfico III.2, los avances de los países de la región han sido sustanciales. De hecho, en el quinquenio 2005-2010 la gran mayoría ya ha alcanzado la meta propuesta en el Programa de Acción de la CIPD para 2015, salvo el Estado Plurinacional de Bolivia, Haití y Guyana.

En cuanto a la mortalidad en la niñez, la meta 4A del cuarto ODM, más exigente y adecuada a la situación actual y al ritmo de disminución de ella en los países de la región, plantea “reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años” (Naciones Unidas, 2008b). En el gráfico III.3 se presentan las estimaciones de mortalidad de los menores de 5 años en 1990 y 2009 y las proyecciones a 2015 según países, junto con los valores que deberían alcanzar ese año de acuerdo con los ODM. Como se dijo, la tasa de mortalidad en la niñez ha descendido en todos los países de la región, aunque a distinto ritmo: en el período 1990-2009, 16 de 35 países de que se dispone de información al respecto la redujeron más del 50%. Aún así, y de acuerdo con las proyecciones vigentes, solo cinco países lograrán alcanzar la meta de los ODM para 2015, a saber: Nicaragua —que ya la había cumplido en 2009—, Cuba, el Ecuador, Granada y el Perú.

Cuadro III.3
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): SOBREMORTALIDAD
 DE MENORES DE 5 AÑOS (SMq(5))^a EN RELACIÓN CON LA TASA MÁS BAJA DE
 MORTALIDAD EN LA NIÑEZ OBSERVADA EN LA REGIÓN^b, 1990 Y 2009**

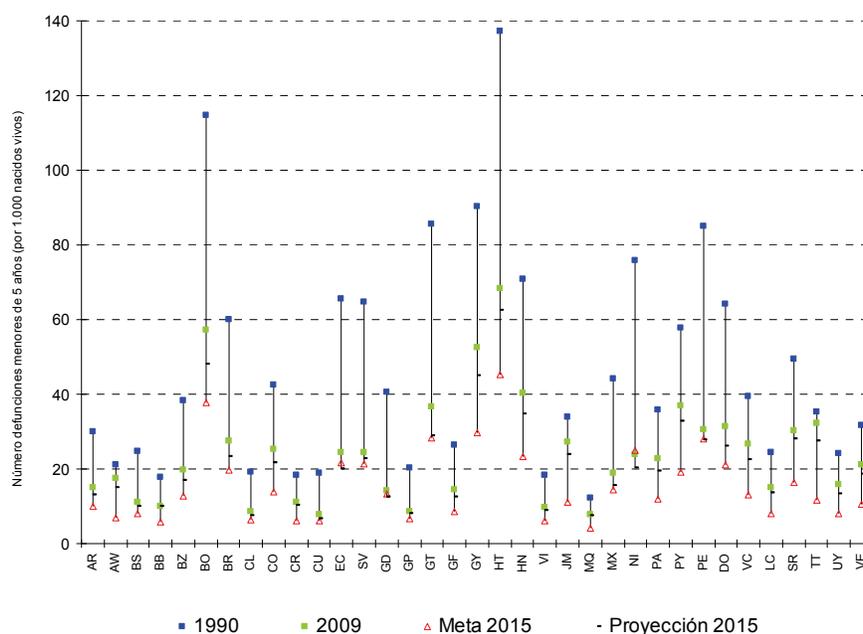
		2009			
		1 < SMq(5) ≤ 1,5	1,5 < SMq(5) ≤ 3	3,0 < SMq(5) ≤ 6	SMq(5) > 6
1990	1 < SMq(5) ≤ 1,5	Barbados (1,3) Costa Rica (1,4) Chile (1,1) Cuba (1,0) Islas Vírgenes de los Estados Unidos (1,3) Martinica (1,0)			
	1,5 < SMq(5) ≤ 3	Bahamas (1,5) Guadalupe (1,1)	Argentina (1,9) Guyana Francesa (1,9) Aruba (2,3) Santa Lucía (2,0) Uruguay (2,0) Venezuela (República Bolivariana de) (2,7)	Panamá (3,0) Jamaica (3,5) Trinidad y Tabago (4,2)	
	3,0 < SMq(5) ≤ 6		Belice (2,6) Granada (1,8) México (2,4)	Brasil (3,6) Colombia (3,3) Ecuador (3,2) El Salvador (3,2) Honduras (5,2) Paraguay (4,8) Rep. Dominicana (4,1) San Vicente y las Granadinas (3,5) Suriname (3,9)	
	SMq(5) > 6			Guatemala (4,7) Nicaragua (3,1) Perú (4,0)	Bolivia (Estado Plurinacional de) (7,4) Guyana (6,8) Haití (8,9)

Fuente: CELADE-División de Población de la CEPAL, "Proyección de población", *Observatorio demográfico*, N° 7 (LC/G.2414-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2009, en prensa, y Naciones Unidas, *World Population Prospects. 2008 Revision*, Nueva York, 2008.

^a Tasa de mortalidad en la niñez del país señalado/tasa de mortalidad en la niñez de América Latina y el Caribe.

^b En 1990, la tasa más baja fue la de Martinica (12 defunciones de menores de 5 años por cada 1.000 nacidos vivos), y en 2009, la de Cuba y Martinica (8 defunciones de menores de 5 años por cada 1.000 nacidos vivos).

Gráfico III.3
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: MORTALIDAD EN LA NIÑEZ SEGÚN PAÍSES,
1990 Y 2009, METAS Y PROYECCIONES PARA 2015
(Por 1.000 nacidos vivos)



Fuente: CELADE-División de Población de la CEPAL, estimaciones y proyecciones de población, revisión 2008, y Naciones Unidas, *World Population Prospects: The 2008 Revision*, Nueva York, 2008.

2. La mortalidad neonatal y posneonatal

Considerando los componentes de la mortalidad infantil, se calcula que a nivel mundial ocurren cada año cuatro millones de muertes neonatales —esto es, las que suceden cuando el recién nacido fallece entre el primer día de vida y los 28 siguientes—. El 99% de ellas se producen en países de ingresos bajos y medios y al menos un 50% como consecuencia de partos en el domicilio (Black, Morris y Bryce, 2003; Lawn, Cousens y Zupan, 2005), que en la mayoría de los casos se realizan sin atención profesional adecuada y mucho menos un plan de atención de emergencia.

En 2000, aproximadamente el 38% de las defunciones de niños menores de 5 años en el mundo ocurría durante el primer mes de vida, mientras que entre un 25% y un 50% de las muertes neonatales se producía en las primeras 24 horas y un 75% durante la primera semana de vida (Lawn, Cousens y Zupan, 2005). En América Latina y el Caribe, el porcentaje de defunciones neonatales sería poco más del 44% (Barros y otros, 2005). Se estima que entre el 60% y el 80% de los decesos neonatales corresponden a bebés que nacieron con muy bajo peso, aunque estos constituyen solo el 14% de todos los nacidos (Bang, Reddy y Deshmukh, 2002; Lawn, Cousens y Zupan, 2005). El peso extremadamente bajo al nacer está relacionado con los partos prematuros y restricciones de crecimiento dentro del útero, problemas que prevalecen sobre todo en los sectores más pobres de la sociedad. La pobreza es un elemento de propensión a la mortalidad neonatal, porque favorece tanto el aumento de los factores de riesgo como las infecciones maternas y la falta de acceso a servicios eficaces de salud (Lawn, Cousens y Zupan, 2005). Las complicaciones maternas, en especial durante el parto, también constituyen un factor de riesgo de

muerte neonatal. Además, es preciso considerar en este análisis que las niñas tienen una ventaja biológica en cuanto a supervivencia en el período neonatal.

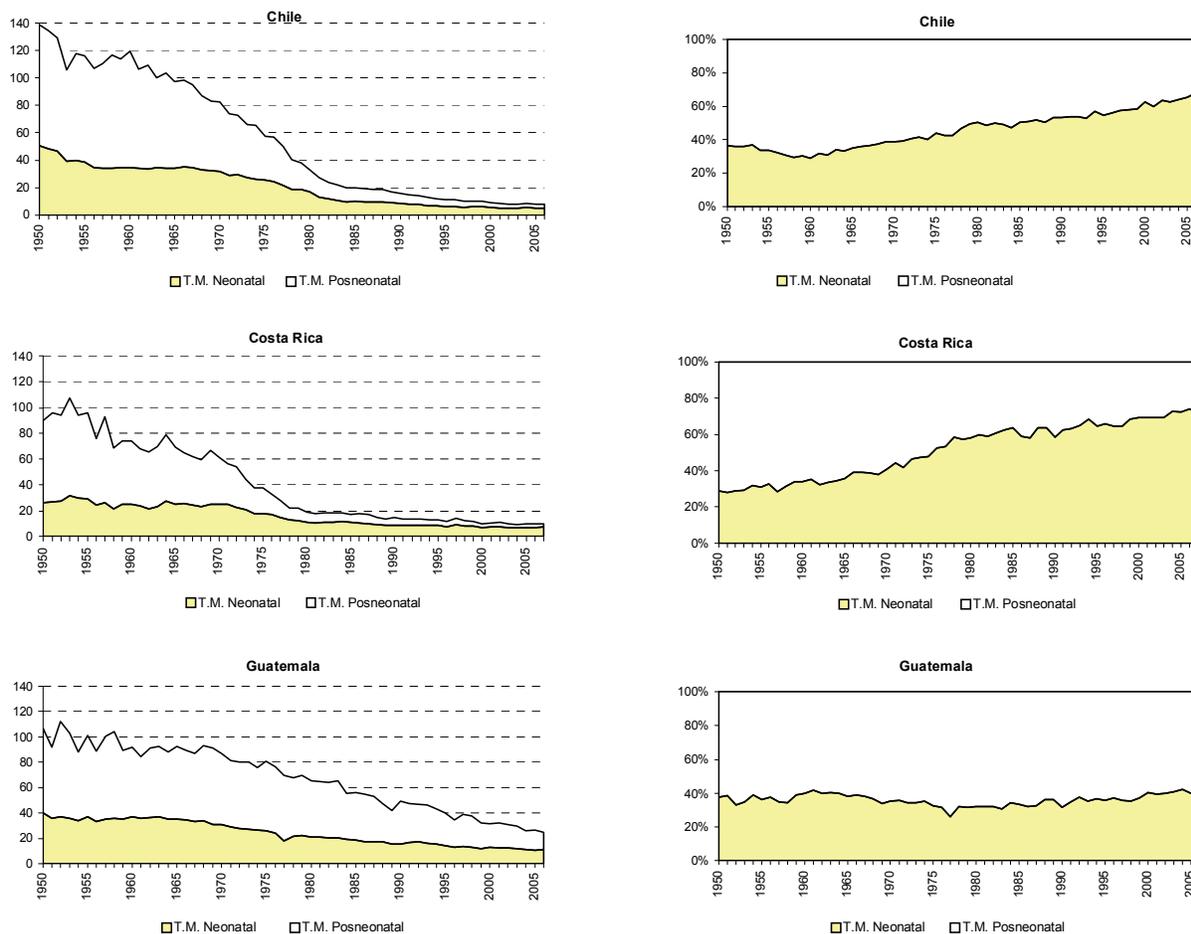
Las muertes neonatales tempranas —esto es, las que ocurren durante la primera semana de vida y en especial las primeras 24 horas— representan el 75% de todas las defunciones neonatales del mundo y, generalmente, obedecen a la inmadurez y la asfixia en el parto (Lawn, Cousens y Zupan, 2005). Para prevenirlas, habría que ampliar la cobertura de atención de los nacimientos por personal calificado, el cuidado clínico individualizado y el acceso a cuidados obstétricos de emergencia y en el período neonatal temprano. Las muertes neonatales más tardías y las posneonatales se deben principalmente a las infecciones, lo cual significa que son prevenibles, sobre todo mediante intervenciones como la inmunización por medio de vacunas, la lactancia materna y la higiene. En América Latina y el Caribe, el grado de cobertura de las intervenciones orientadas a promover la supervivencia de los niños es bastante elevado, excepto en Haití, aunque existen importantes diferencias e inequidades entre y dentro de los países (Barros y otros, 2005).

En el proceso de descenso de la mortalidad infantil bajan en primera instancia las muertes por causas exógenas —o fácilmente evitables, relacionadas con el entorno— que, como se dijo, inciden principalmente durante el período posneonatal (de 1 a 11 meses de edad). Por lo tanto, tiende a aumentar el peso relativo de la mortalidad debido a causas endógenas como las malformaciones congénitas y otras enfermedades vinculadas a las condiciones del embarazo y el parto, que suelen manifestarse durante los primeros 28 días de vida (período neonatal). También cabe tener en cuenta que este aumento de la mortalidad podría obedecer a que, dado el mayor acceso a la atención prenatal, los fetos que antes no culminaban en nacidos vivos hoy día llegan a nacer; sin embargo, por haber constituido embarazos de alto riesgo experimentan riesgos también altos de mortalidad en los primeros días de vida.

Pese a que la información disponible en la región suele ser limitada, algunos países cuentan con una serie de datos considerable. El gráfico III.4, que ilustra el comportamiento de la mortalidad neonatal y posneonatal en el período 1950-2007 en tres países seleccionados con diferentes niveles de mortalidad infantil, permite apreciar el mayor peso relativo de las muertes neonatales en los países que tuvieron un marcado descenso de la mortalidad infantil. En 1950, el porcentaje de defunciones neonatales en comparación con las de menores de un año se situaba entre un 30% y un 40% y la tasa de mortalidad infantil, entre 120 y 140 defunciones por cada 1.000 nacidos vivos. En 2007, Chile y Costa Rica registraron tasas de 8 y 10 defunciones por 1.000, respectivamente, y su proporción de muertes neonatales alcanzó cerca del 80%, mientras que en Guatemala la tasa se mantuvo cerca del 40% en todo el período pese al descenso de la mortalidad infantil, que alcanzó 25 defunciones por cada 1.000 nacidos vivos.

Como se mencionó anteriormente, una de cada tres muertes de menores de 5 años ocurre en el primer mes de vida, de manera que si los países de la región aspiran a tener un descenso importante de la mortalidad infantil y en la niñez, deben poner el acento en las causas de la mortalidad neonatal y, al mismo tiempo, mantener e incrementar los logros respecto de la posneonatal y la de menores de 1 a 4 años.

Gráfico III.4
AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): TASAS DE MORTALIDAD NEONATAL Y POSNEONATAL Y SU DISTRIBUCIÓN RELATIVA, 1950-2007
 (En número de defunciones y porcentajes)



Fuente: CELADE-División de Población de la CEPAL, sobre la base de Organización Mundial de la Salud (OMS), base de datos de mortalidad [en línea] <http://www.who.int/healthinfo/morttables/en/index.html>.

3. Diferencias sociales de la mortalidad infantil y en la niñez

Si bien las cifras analizadas muestran avances en la región, difícilmente se lograrán las metas de mortalidad sin reducir las inequidades dentro de los países. El *Panorama social de América Latina de 2005* (CEPAL, 2005), en su capítulo sobre las desigualdades demográficas y sociales, muestra que habría disminuido la mortalidad infantil de los sectores socioeconómicos menos favorecidos, pero que no ocurriría lo mismo respecto de las brechas entre las divisiones geográficas. Por otra parte, se señala que las poblaciones indígenas serían las más rezagadas en el proceso de descenso de la mortalidad y que, como se verá más adelante, presentan grandes disparidades en comparación con la población no indígena.

Para analizar las diferencias sociales en materia de mortalidad en la niñez se recurre a las estimaciones sobre mortalidad de los menores de 5 años según zona de residencia, nivel educativo de las madres y

pertenencia a pueblos indígenas o afrodescendientes, entre otras desagregaciones. Sin embargo, debido a los problemas relacionados con la información básica y a las metodologías utilizadas, dichas estimaciones deben considerarse con cautela, sobre todo cuando se plantean desagregaciones según subpoblaciones.

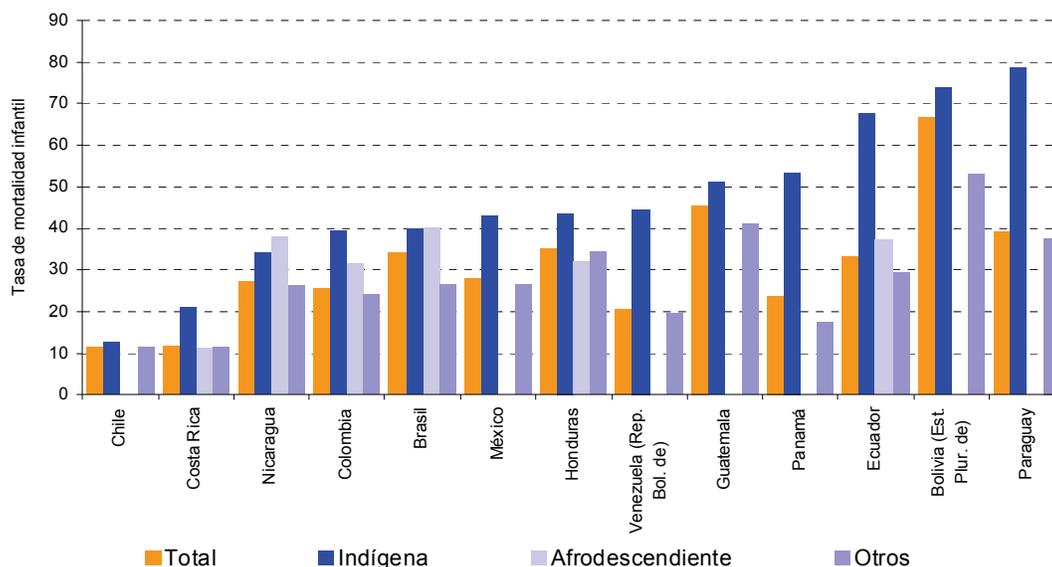
En cuanto al lugar de residencia, cuando la mortalidad es muy elevada en las zonas urbanas, también lo es en las rurales. La evolución prevista indica que más tarde las diferencias aumentan, porque el descenso se inicia en las zonas urbanas de estratos medios, posteriormente se extiende a los sectores urbanos de menores ingresos y por último a las áreas rurales, produciéndose entonces una tendencia a la convergencia. En América Latina, la mortalidad infantil urbana en el período 1970-2000 disminuyó de 87 a 27 defunciones de menores de un año por cada 1.000 nacidos vivos y la rural, de 101 a 38. En 1970, un niño o niña residente en una zona rural tenía 1,2 veces más riesgo de morir que uno de las áreas urbanas. Desde 1990, esta brecha ronda las 1,4 veces. Las diferencias urbano-rurales más significativas se observan en Panamá y el Perú, donde el riesgo de morir antes del primer año de vida ha sido casi tres veces mayor en el sector rural que en el urbano y esta diferencia se mantiene al menos hasta los 5 años.

La correlación inversa entre el nivel de mortalidad en la niñez y la educación de las madres es bien conocida. Algunos estudios muestran incluso que ella sigue siendo significativa, aunque en menor grado, cuando se controlan otras variables que también se relacionan con la mortalidad infantil (Behm, 1992). En América Latina, la mortalidad infantil de los hijos de madres con menos de tres años de escolaridad en 1970 era de 102 defunciones por cada 1.000 nacidos vivos, mientras que entre los niños cuyas madres tenían siete años de educación o más la cifra alcanzaba 47 por 1.000, bajando a 48 y 22 defunciones por 1.000, respectivamente, hacia el año 2000. Esto indica que, desde 1970, la mortalidad de los niños menores de un año ha sido dos veces mayor cuando las madres habían recibido menos de tres años de educación formal que en el caso de las que tenían siete. Dentro de la región hay países donde esta sobremortalidad de los hijos de madres de menor nivel educativo es cinco veces mayor que la de aquellos cuyas madres tienen mayor escolaridad, lo que ocurre incluso en países de baja mortalidad como la Argentina.

El panorama regional en cuanto a intensidad de la mortalidad de los niños y niñas indígenas es heterogéneo. En el Paraguay y el Estado Plurinacional de Bolivia, las probabilidades de morir en la infancia son las más altas de la región, mientras que en Chile y Costa Rica ocurre lo contrario. Vale la pena señalar que las tasas relativamente bajas de mortalidad infantil a nivel nacional no siempre implican lo mismo para los menores indígenas, como en el caso de Panamá (véase el gráfico III.5). Los riesgos más elevados se encuentran justamente en este país, junto con el Ecuador, el Paraguay y la República Bolivariana de Venezuela. Un niño indígena panameño tiene tres veces más probabilidades de fallecer antes de cumplir un año de edad que un niño no indígena, riesgo que se incrementa en los menores de 5 años. En los otros tres países señalados, el riesgo de mortalidad de los menores indígenas se duplica, tanto en la etapa infantil como en la niñez. En el caso de la población afrodescendiente, en los seis países analizados el patrón de mortalidad es dispar en comparación con el de los niños que no son afrodescendientes. Las inequidades son claras en el Brasil, Colombia y Nicaragua, pero no así en Costa Rica y Honduras (véase el gráfico III.5).

Al comparar la situación de mortalidad infantil y en la niñez entre los indígenas y los afrodescendientes se observa que, en general, un niño indígena tiene más probabilidades de morir antes de cumplir un año de edad que un niño afrodescendiente. Así ocurre en Costa Rica, Honduras y el Ecuador, pero no en el Brasil y Nicaragua, donde los menores afrodescendientes experimentan incluso un poco más de riesgo que los indígenas.

Gráfico III.5
**AMÉRICA LATINA: MORTALIDAD INFANTIL INDÍGENA, AFRODESCENDIENTE
 Y DEL RESTO DE LA POBLACIÓN, SEGÚN PAÍSES, CENSOS DE 2000**
(En número de defunciones de menores de un año por cada 1.000 nacidos vivos)



Fuente: A. M. Oyarce, "Salud materno infantil de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina: una relectura desde el enfoque de derechos", documentos de proyecto, CELADE-División de Población de la CEPAL/Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2010, en prensa.

Nota: En el documento fuente puede revisarse el detalle metodológico y las definiciones de condición indígena y afrodescendiente usadas en cada país.

La descripción del comportamiento de la mortalidad según área de residencia, nivel educativo de la madre y origen étnico, además de otras variables como la ocupación del jefe de hogar y las condiciones de la vivienda, permite identificar los grupos de mayor o menor riesgo de muerte. Junto con la ubicación geográfica, esta constituye una información muy valiosa para la aplicación de cualquier plan de acción que apunte no solo a alcanzar las metas nacionales fijadas para 2015, sino también a lograr la máxima equidad posible.

4. Morbilidad, acceso a los servicios de salud y prevención de las enfermedades en la niñez

Los programas para combatir la mortalidad infantil en los países subdesarrollados se han centrado en la neumonía, la diarrea y las enfermedades prevenibles con vacunas, que son importantes causas de deceso después del período neonatal. Globalmente, las principales causas de muerte en esta etapa son las infecciones severas (36%) —sobre todo la sepsis y la neumonía—, los partos prematuros (28%) y las complicaciones de asfixia (28%), pero su distribución depende del nivel de la tasa de mortalidad. En condiciones de muy alta mortalidad, casi el 50% de las defunciones obedece a infecciones como el tétanos y la diarrea, mientras que en los niveles más bajos —tasa de mortalidad neonatal (TMN) <15— la

sepsis y la neumonía son responsables de alrededor del 20% de estas muertes, en tanto que el tétanos y la diarrea son casi inexistentes (Lawn, Cousens y Zupan, 2005).

La tos, la respiración acelerada y la fiebre son síntomas de infección respiratoria aguda (IRA), cuya principal complicación es la neumonía, que provoca un número significativo de muertes infantiles. De acuerdo con la información disponible en algunos países de la región sobre la base de las encuestas de demografía y salud (DHS) realizadas alrededor de 2005, se encontró que el 23% de los niños menores de 5 años tuvieron tos o fiebre en las semanas anteriores a la encuesta¹³. Cerca del 56% de ellos fue llevado a los centros de salud en busca de atención, pero no en todos los países se constató una relación entre dichas solicitudes de atención y el índice de riqueza. Hubo otros, en cambio, donde los niños del quintil socioeconómico más alto acudieron dos veces más que los del quintil más bajo a las instituciones de salud.

En promedio, las encuestas efectuadas en seis países de la región —Colombia (2005), el Ecuador (2004), Guatemala (2002), Haití (2005-2006), Honduras (2005-2006) y la República Dominicana (2007)— en que se recopiló información sobre la enfermedad diarreica aguda (EDA) revelaron que su prevalencia ronda el 18% y que uno de cada seis niños de los que presentaron esta enfermedad no recibió tratamiento alguno. En este caso, tampoco se encontró una vinculación mayormente marcada entre el número de atenciones y el índice de riqueza, aunque se detectaron diferencias geográficas: en algunos países hubo regiones donde cerca del 50% de los niños que enfermaron no recibió tratamiento y otras en que cerca del 90% sí accedió a la atención requerida.

Según datos provistos por las encuestas señaladas, pero respecto de 11 países de la región —Colombia (2005), el Ecuador (2004), El Salvador (2008), el Estado Plurinacional de Bolivia (2008), Guatemala (2002), Haití (2005-2006), Honduras (2005-2006), Nicaragua (2006), el Paraguay (2004), el Perú (2004-2006) y la República Dominicana (2007)—, el 62% de los niños menores de 5 años recibió el esquema completo de vacunación¹⁴. Cabe destacar que el Estado Plurinacional de Bolivia y Nicaragua presentaron altas tasas de vacunación: un 79% y un 85% de los niños, respectivamente, recibió el esquema completo. En los seis países en que fue posible analizar la brecha según el nivel de riqueza —Colombia, el Estado Plurinacional de Bolivia, Haití, Honduras, el Perú y la República Dominicana— se encontró que, en promedio, el 49% de los niños del quintil más pobre había completado su esquema de vacunación en comparación con el 65% de aquellos del quintil más rico. A respecto, nuevamente se destacó el Estado Plurinacional de Bolivia, que registró muy poca variación entre ambos grupos. También existen diferencias geográficas de este indicador (el esquema completo de vacunas): en algunos países hubo regiones donde casi la mitad de los niños no había recibido la vacunación completa, mientras que en otras se le había administrado a cerca del 90%.

El sarampión, importante causa de mortalidad infantil, puede evitarse con eficacia mediante una vacuna relativamente económica y una revacunación posterior que otorga protección para toda la vida (Naciones Unidas, 2009a). La combinación de mejor rutina de vacunación y cobertura de la segunda dosis ha permitido reducir en forma considerable las muertes por sarampión en la región. Desde 1990, cuando

¹³ Los datos sobre los síntomas y el tratamiento de la infección respiratoria aguda y la diarrea provienen de las encuestas DHS que se han realizado en un total de 14 países de la región. En este documento se utilizan los resultados de la última ronda de encuestas efectuadas en el Brasil (1996), Colombia (2005), el Ecuador (2004), El Salvador (2002), el Estado Plurinacional de Bolivia (2003), Guatemala (2002), Haití (2005-2006), Honduras (2005-06), Nicaragua (2006), el Paraguay (2004), el Perú (2000) y la República Dominicana (2007) (véase [en línea] www.measuredhs.com).

¹⁴ El esquema completo de vacunación consiste en una dosis de BCG al nacer, tres dosis de la vacuna antipoliomielítica y la pentavalente en el primer año de vida y una dosis de la triple viral en el segundo.

la proporción de niños de 12 a 23 meses de edad que había recibido al menos una dosis de la vacuna contra el sarampión era del 76%, el nivel de cobertura se ha incrementado de manera sostenida hasta situarse en el 93% en 2007, cifra similar a la observada ese mismo año en las regiones desarrolladas (Naciones Unidas, 2008a y 2007c). Sin embargo, dentro de la región existen diferencias: en Haití, la cobertura llegó apenas al 30% a principios de los años noventa y posteriormente aumentó, alcanzando el 58% en 2007. En el Estado Plurinacional de Bolivia se incrementó del 50% al 80% en el período que se extiende desde 1990 hasta 2007. La cobertura es casi universal (más del 95%) en varios países —Antigua y Barbuda, la Argentina, Chile, Cuba, Dominica, Guyana, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas y Santa Lucía—, pero existen otros en que ha variado, como la República Bolivariana de Venezuela, donde pasó del 68% en 1990 al 88% alrededor de 2000, para luego descender al 55% en 2007. En la actualidad, el nivel de cobertura de la mayoría de los países supera el 80%. Aun así, siguen existiendo brechas dentro de los países según educación, riqueza y lugar de residencia de las personas.

Recuadro III.1

LA DESNUTRICIÓN INFANTIL EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Pese a los avances de los últimos años, la desnutrición infantil crónica en América Latina y el Caribe aún afecta a 8,8 millones de niños menores de 5 años —un 16% de la población de esa edad—. Esta situación es particularmente grave en los países centroamericanos y andinos y podría impedir el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). En un estudio basado en los resultados de un programa de cooperación técnica entre el Programa Mundial de Alimentos (PMA) y la CEPAL (CEPAL/UNICEF, 2006), se sostuvo que la situación nutricional de la región es un indicador más de las desigualdades sociales y causa y consecuencia de la pobreza. Así, mientras la producción de bienes e insumos alimentarios triplica los requerimientos energéticos de la población, 53 millones de personas tienen un acceso insuficiente a los alimentos.

Según ese trabajo, los países de la región registran en mayor o menor medida un problema tanto de ingesta insuficiente de alimentos como de desequilibrio en la composición de la dieta. Este último se expresa en la falta de algunos micronutrientes como hierro, yodo, zinc y vitamina A y el exceso creciente de otros ricos en grasas saturadas, lo que se traduce en obesidad y otras patologías.

En la región, los más vulnerables al hambre y la desnutrición son los pobres que viven en los sectores rurales, pertenecen a grupos indígenas o afrodescendientes, tienen bajo nivel educativo y escaso acceso al agua potable y el alcantarillado. Por ejemplo, la probabilidad de que un niño que vive en una zona rural sufra desnutrición global es entre 1,5 y 3,7 veces más alta que en el caso de un menor que reside en una zona urbana, y al menos 4 veces mayor entre los niños indígenas que entre los no indígenas (CEPAL/UNICEF, 2006).

Dado que la desnutrición produce efectos en la salud, la educación y la productividad, se convierte en uno de los principales mecanismos de transmisión intergeneracional de la pobreza y la desigualdad. Además, una alimentación pobre en los niños menores de 5 años incrementa su riesgo de muerte, inhibe su desarrollo cognitivo y afecta su estado de salud de por vida (CEPAL/UNICEF, 2006).

La desnutrición crónica —es decir, el déficit de talla respecto de la edad— produce efectos irreversibles y se relaciona directamente con la extrema pobreza. La situación regional más grave en este aspecto se presenta en países centroamericanos como Guatemala, donde el 46% de los menores de 5 años tenía desnutrición crónica en el período 1995-2002, lo que superaba el promedio de Asia y África. También presentaban una alta incidencia de este problema Honduras (29%) y los países andinos —el Ecuador (27%), el Estado Plurinacional de Bolivia (26%) y el Perú (25%).

El estado de desnutrición global —es decir, el déficit de peso respecto de la edad— es muy heterogéneo entre los países. En el período 1995-2002, la región registraba una tasa del 7,5% de los menores de 5 años en esta condición, pero mientras que algunos países ya han alcanzado la meta 1C del primer ODM de “reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padecen hambre”, otros como la Argentina, Costa Rica, el Ecuador y el Paraguay han avanzado muy poco o incluso muestran un retroceso.

Otra manera de dimensionar esta problemática es considerando las implicaciones de la desnutrición en las economías nacionales. En esta línea, un estudio conjunto de la CEPAL y el PMA reveló que tan solo en 2004 la desnutrición infantil le costó 6.700 millones de dólares a las economías de Centroamérica y la República Dominicana. Esto equivale al 6,4% del PIB de la subregión —entre el 1,7% y el 11,4% del PIB de los países estudiados—, siendo una carga que afecta severamente los esfuerzos nacionales e internacionales por erradicar el hambre y la pobreza (CEPAL/PMA, 2007). Según información proveniente de las encuestas realizadas en 2005 en cuatro países sudamericanos —el Ecuador, el Estado Plurinacional de Bolivia, el Paraguay y el Perú—, el impacto económico de la desnutrición alcanzó en promedio el 3,3% del PIB —entre el 2% y el 5,9%— y representó un costo total de 4.331 millones de dólares.

Recuadro III.1 (conclusión)

Como se dijo, la desnutrición tiene efectos directos en la salud, la educación y la productividad; influye indirectamente en el aumento de los costos de atención de la salud y de las necesidades educativas y, además, provoca una disminución de la actividad económica debido a la baja productividad. En los países centroamericanos y la República Dominicana, las pérdidas económicas causadas por el incremento de la mortalidad debido a las enfermedades relacionadas con la desnutrición y a los bajos niveles de educación formal que ella genera representaron el 90% de los costos mencionados (CEPAL/PMA, 2007). En los cuatro países sudamericanos reseñados, las pérdidas de productividad provocadas por la mayor incidencia de muertes y el menor nivel educativo en que se traduce la desnutrición alcanzaron hasta el 95% de los costos (Martínez y Fernández, 2009).

El impacto de la desnutrición infantil en las tasas de morbilidad del Estado Plurinacional de Bolivia significó más de 28.000 casos adicionales respecto de las enfermedades registradas en el año 2005. Además, se estimó que del total de muertes de la población menor de 5 años, casi 16.000 casos (18%) estaban vinculados a la desnutrición. El gasto público y privado en materia de salud se incrementó 13.900 millones de dólares debido a la mayor atención de patologías derivadas de la desnutrición infantil, cifra equivalente al 0,15% del PIB y al 4,3% del gasto público nacional de salud; un 95% del monto señalado fue asumido por el sector público (Ministerio de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia/PMA/CEPAL, 2009).

Los estudiantes bolivianos de primaria y secundaria que presentaban desnutrición en 2005 habían cursado en promedio 2,8 años menos de educación que los no desnutridos. Esto obedeció en parte a que gran número de los menores que se encontraban en estado de desnutrición en su etapa preescolar ni siquiera llegó a cursar el primer año de primaria. Este problema también contribuyó al incremento del número de repitentes —un 44% en primaria y un 56% en secundaria—, con una mayor concentración entre quienes sufrieron desnutrición antes de cumplir los 5 años. La tasa de reprobación escolar le significó al sistema educacional boliviano un costo adicional de operación de más de 400.000 dólares, equivalente al 0,6% del gasto social en educación. La menor escolaridad debido a problemas de desnutrición se tradujo en una pérdida de productividad de 219 millones de dólares, cifra que representa el 12,6% del gasto social, el 32,1% del gasto público en educación y alrededor del 2,3% del PIB. Por otra parte, la pérdida de productividad ocasionada por el deceso de personas con desnutrición que ese año podrían haberse integrado a la fuerza laboral alcanzó los 319 millones de dólares, correspondientes al 3,4% del PIB. De lograrse la meta de erradicación de la desnutrición infantil en 2015 propuesta en los ODM, los ahorros sumarían 254 millones de dólares (Ministerio de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia/PMA/CEPAL, 2009).

Los hallazgos de estos estudios refuerzan el sentido de urgencia que debe dársele a los esfuerzos por erradicar la desnutrición (medida como la relación entre el peso y la edad), que causa daños físicos y mentales irreparables en niños y niñas. Si bien estas acciones representan un imperativo ético, y por lo tanto su consideración no requiere de más argumentos, también deben tenerse en cuenta los beneficios a que ellas darían lugar, así como los efectos económicos que provocaría el hecho de no actuar a tiempo para enfrentar este problema (CEPAL/PMA, 2007). Los programas nacionales orientados a disminuir la prevalencia de la desnutrición tendrían repercusiones significativas en la calidad de vida de los habitantes y generarían importantes ahorros para la sociedad (Martínez y Fernández, 2009).

Para afrontar de manera más exitosa el problema de la desnutrición infantil, los países de la región deben desarrollar políticas de Estado integrales, a largo plazo y en que participen activamente todos los actores involucrados. También es preciso que focalicen las intervenciones en los niños y niñas menores de 3 años y en las mujeres embarazadas y en período de lactancia, quienes se encuentran en momentos críticos de vulnerabilidad nutricional dentro del ciclo de vida. Asimismo, deben promover la lactancia materna, mantener y mejorar los programas de fortificación de alimentos con micronutrientes, proveer y fomentar el consumo de suplementos alimentarios entre las mujeres embarazadas y en período de lactancia, crear programas de transferencias monetarias y de alimentos para las poblaciones en situación de extrema pobreza y fortalecer las acciones de prevención, entre otras medidas.

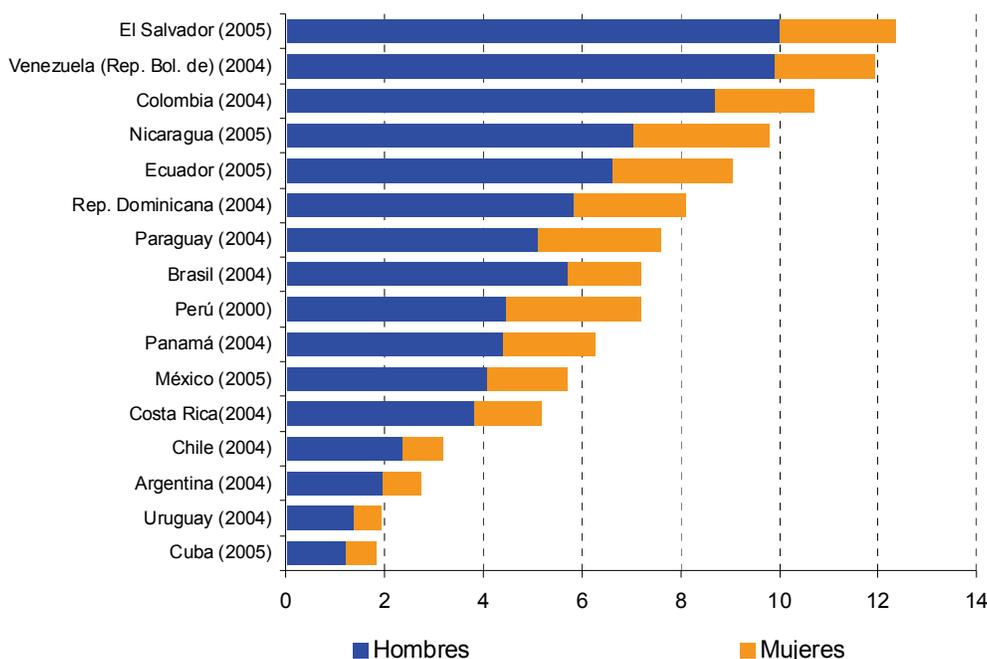
Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), *Desafíos. Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio*, N° 2, Santiago de Chile, abril de 2006; Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Programa Mundial de Alimentos (PMA), *Análisis del impacto social y económico de la desnutrición infantil en América Latina. Resultados del estudio en Centroamérica y República Dominicana. Panorama general*, Santiago de Chile, 2007; R. Martínez y A. Fernández, “El costo del hambre: impacto social y económico de la desnutrición infantil en Bolivia, Ecuador, Paraguay y Perú”, *Documentos de proyecto*, N° 260 (LC/W.260), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2009; Ministerio de Salud y Deportes/Programa Mundial de Alimentos/Comisión Económica para América Latina y el Caribe, *El costo del hambre en Bolivia. Impacto social y económico de la desnutrición infantil*, Santiago de Chile, 2009.

C. LA MORTALIDAD DE LA POBLACIÓN JOVEN

Las tasas más reducidas de mortalidad se dan en la población joven, lo cual quiere decir que alrededor de los 12 años se ubica el punto de inflexión de las tasas de mortalidad según edad. Estas parten de un nivel relativamente más alto en los recién nacidos y la primera infancia para después bajar al mínimo entre los 5 y los 14 años, como se ha dicho, y luego ascender de manera sostenida a medida que aumenta la edad. En América Latina y el Caribe, la tasa de mortalidad de ambos sexos del grupo de 10 a 14 años en el período 2005-2010 fue de 5 defunciones por cada 10.000 habitantes. A estas edades hay un menor impacto de las defunciones por enfermedades infecciosas, parasitarias o de tipo degenerativo y, por ende, predominan las que obedecen a causas externas —accidentes, suicidios y homicidios.

Por esta misma razón, las muertes de los jóvenes, en comparación con las defunciones en general, representan un porcentaje pequeño. Sin embargo, en la región hay grandes diferencias al respecto: mientras que en El Salvador constituyen más del 12% del total de muertes, en Cuba representan apenas un poco más del 1% (véase el gráfico III.6). Si bien el porcentaje de defunciones de jóvenes respecto del total es un indicador que depende de la estructura por edad de la población —es menor en los países más envejecidos de la región—, se trata de una primera señal sobre las condiciones de salud y la situación social de este grupo etario. Por ejemplo, la elevada proporción de muertes entre los jóvenes de El Salvador y Colombia estaría indicando que en ambos países hay mayor número de defunciones por causas violentas. El porcentaje de muertes según sexo pone de relieve el peso de la mortalidad juvenil masculina, situación que está directamente relacionada, al menos en la región, con los distintos estilos de vida de hombres y mujeres.

Gráfico III.6
AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): DEFUNCIONES DE PERSONAS DE 15 A 29 AÑOS RESPECTO DEL TOTAL, SEGÚN SEXO, ALREDEDOR DE 2000



Fuente: CELADE-División de Población de la CEPAL, estimaciones y proyecciones de población, revisión 2008.

La mortalidad masculina en los países latinoamericanos es bastante elevada. Un hombre de 15 a 29 años tiene tres veces más riesgo de morir que una mujer de su misma edad. En países como el Brasil, Colombia, El Salvador y la República Bolivariana de Venezuela este riesgo es entre cuatro y cinco veces mayor, mientras que en Cuba o el Perú la diferencia entre ambos sexos es menos significativa (casi dos veces) (CEPAL/OIJ, 2008).

Dos factores podrían explicar esta situación. Primero, las ganancias en materia de esperanza de vida obedecen sobre todo al avance de la transición epidemiológica —disminución de las defunciones a causa de enfermedades infecciosas o transmisibles, justamente las que menos afectan a los jóvenes— y, en segundo lugar, es posible que las diferencias observadas entre los países responden a distintas condiciones socioeconómicas que conducen a un mayor o menor riesgo de muerte —grado de urbanización, crecientes disparidades o polarización, entre otras.

1. Los años de vida perdidos durante la juventud

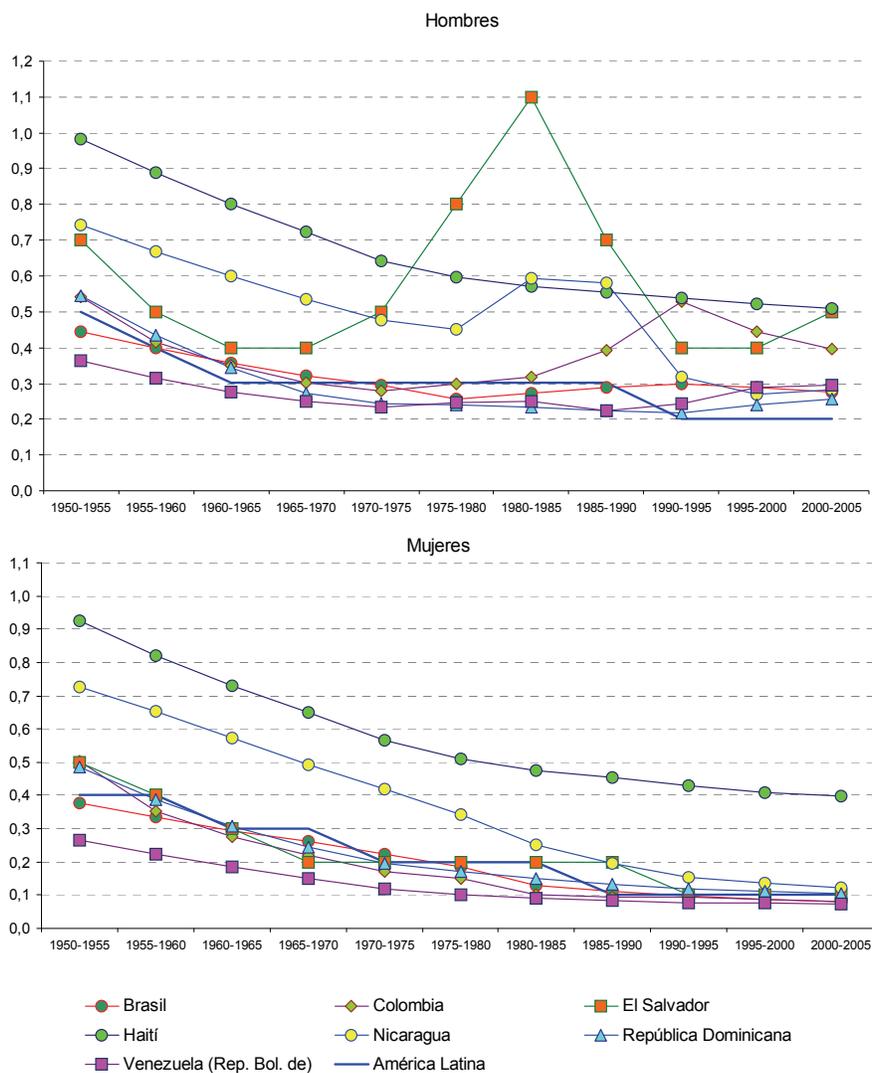
Los indicadores que permiten comparar el nivel de mortalidad juvenil entre los países y su evolución en el tiempo son la esperanza de vida de los 15 a los 30 años ($e(15-30)$)¹⁵ y el número de años de vida perdidos (AVP)¹⁶ respecto de la esperanza de vida. Los datos disponibles permitieron calcular el indicador de años de vida perdidos de ambos sexos de 20 países de la región, en los quinquenios comprendidos entre 1950 y 2005 (CEPAL/CELADE, 2008a). Este indicador proporciona información relevante sobre los cambios en las condiciones de salud y la situación socioeconómica de los jóvenes, principalmente porque su mortalidad, una vez que se ha avanzado en la transición epidemiológica, obedece a causas externas. En el gráfico III.7 se presenta el promedio de América Latina y de una selección de países en que se detectaron situaciones destacables en el periodo de referencia.

Hacia 1950, los hombres latinoamericanos de 15 a 29 años perdían en promedio 0,5 años de esperanza de vida por distintas causas de muerte y las mujeres, 0,4 años. En Haití, el país de mayor mortalidad de la región, los hombres perdían casi un año de esperanza de vida (0,98) del total de 15 años potenciales en ese tramo de edad y las mujeres algo menos (0,92). Pese a su descenso sostenido, esta pérdida todavía es la más alta de la región (0,51 años en el caso de los hombres y 0,4 en el de las mujeres en 2005). El país que ha mostrado las fluctuaciones más extremas es El Salvador, donde hasta 1960 habían disminuido los AVP de los hombres de este grupo etario, pero en que más tarde la situación se invirtió y alcanzaron un máximo de 1,1 años en el quinquenio 1980-1985, principalmente como resultado del conflicto interno en ese país; tras un nuevo descenso la cifra volvió a aumentar a 0,5 años en el período 2000-2005, situándose junto con la de Haití entre los de valores más elevados. En Nicaragua, aunque con menor intensidad, también se aprecia el impacto del conflicto armado en la década de 1980 y en Colombia a partir de ese entonces. En varios de los países seleccionados los AVP de los hombres han estado aumentando en años recientes, posiblemente debido a factores diferentes del conflicto interno como el fenómeno social de las maras (El Salvador) o las pandillas, o bien a cambios en el estilo de vida materializados, por ejemplo, en los accidentes de tránsito.

¹⁵ Este indicador representa la duración media de la vida de las personas que integran una cohorte hipotética de sobrevivientes a la edad exacta de 15 años, sometidos a los riesgos de mortalidad desde los 15 hasta los 29 años en el período estudiado. Se calcula como el cociente entre el tiempo vivido de los 15 a los 30 años y el número de sobrevivientes a la edad exacta de 15 años.

¹⁶ Corresponde a la estimación del número de años de vida perdidos de los 15 a los 30 años, considerando que una persona de ese rango etario viviría como máximo 15 años y teniendo en cuenta que la $e(15-30)$ puede calcularse restándole a estos 15 años la $e(15-30)$.

Gráfico III.7
**AMÉRICA LATINA Y PAÍSES SELECCIONADOS: AÑOS DE VIDA PERDIDOS
 DE LAS PERSONAS DE 15 A 29 AÑOS, SEGÚN SEXO, 1950-2005**

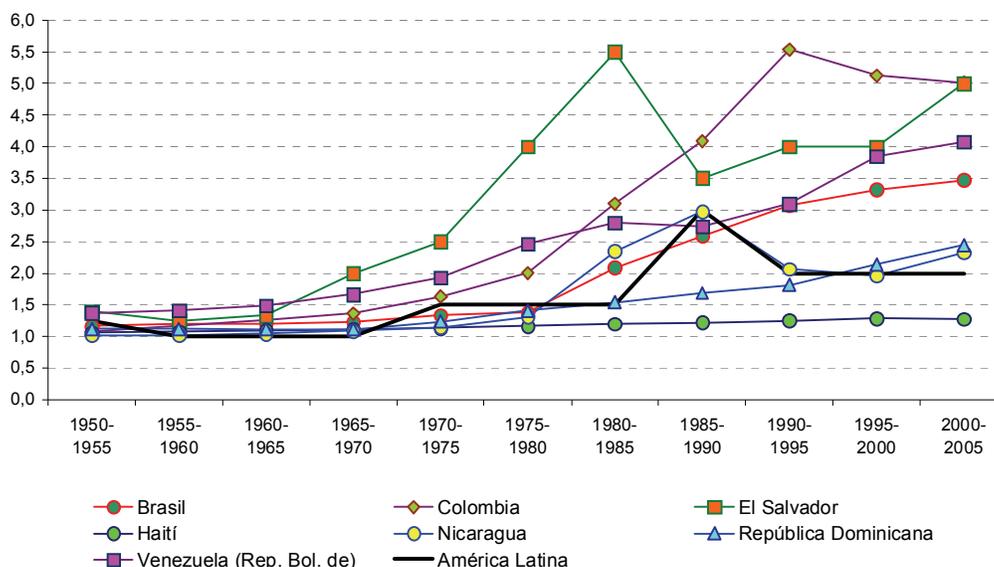


Fuente: CELADE-División de Población de la CEPAL, estimaciones y proyecciones de población, revisión 2008.

En el caso de las mujeres el comportamiento de los AVP es menos variable, aunque en El Salvador y Nicaragua se observa un deterioro en los períodos de conflicto interno. Si se analiza el diferencial de los AVP según sexo, medido por medio del cociente entre los AVP masculinos y femeninos, se observa que este se ha incrementado. Al comienzo del período estudiado los hombres perdían un 30% más de años de vida que las mujeres y en la actualidad, un 100%. En el quinquenio 1985-1990, el total de AVP de los hombres llegó a triplicarse en relación con los de las mujeres. Si bien este aumento del diferencial según sexo a lo largo del período es llamativo, mayor atención genera el incremento registrado en los quinquenios más recientes. Por ejemplo, en Colombia y El Salvador los

hombres jóvenes están perdiendo cinco veces más años de vida que las mujeres y en la República Bolivariana de Venezuela y el Brasil, cuatro y 3,5 veces, respectivamente (véase el gráfico III.8).

Gráfico III.8
AMÉRICA LATINA Y PAÍSES SELECCIONADOS: DIFERENCIAL DE AÑOS DE VIDA PERDIDOS ENTRE HOMBRES Y MUJERES DE 15 A 29 AÑOS DE EDAD, 1950-2005
(Como cociente de los AVP de hombres y mujeres)



Fuente: CELADE-División de Población de la CEPAL, estimaciones y proyecciones de población, revisión 2008.

Al analizar el comportamiento de la mortalidad según cohortes se aprecia un aumento de la tasa de mortalidad de la población adulta joven en algunos países de la región, que muestra un importante sesgo de género en perjuicio de la población masculina —aunque también se incluye aquí la violencia de género contra las mujeres, más difícil de detectar. Por ejemplo, si se compara el descenso de la tasa estimada de mortalidad infantil colombiana de ambos sexos en el período 1970-1975 con la estimada para el quinquenio 1990-1995, se observa una reducción de alrededor del 62% en comparación con un aumento del 166% de la tasa de mortalidad por causas externas de la población de 20 a 24 años en el mismo período. Esta situación pone de relieve que lo ganado gracias al descenso de la mortalidad infantil se “pierde” cuando los niños llegan a la edad adulta joven debido al aumento de la mortalidad por causas externas, especialmente la violencia.

Recuadro III.2
LOS JÓVENES Y EL PROBLEMA DE LA VIOLENCIA

La violencia creció en la mayor parte de la región en los últimos años y los jóvenes se encuentran claramente sobrerrepresentados en la incidencia y gravedad de esta tendencia, como víctimas y perpetradores. En muchos países latinoamericanos, los jóvenes cometen delitos violentos a edades cada vez más tempranas y, al mismo tiempo, mueren en forma también prematura por efecto de ellos. Aun cuando resulta muy difícil medir todas las formas de violencia, las tasas de mortalidad juvenil por causas violentas constituyen un indicador disponible para esos efectos. Las cifras muestran que los episodios de violencia entre las causas de muerte de los jóvenes de la región están aumentando y que tienen un marcado sesgo de género, ya que las tasas de mortalidad por homicidio, accidentes de tránsito y suicidio de los hombres de este grupo etario duplican con creces las de las mujeres. Si bien los sesgos de género en las cifras de violencia juvenil son evidentes, la violencia que afecta a las mujeres jóvenes del continente se torna invisible, pues no se refleja en las estadísticas vitales y la sociedad se resiste a hablar abiertamente del tema. La violencia contra la mujer representa una carga importante para la salud pública y conlleva riesgos vinculados a las enfermedades de transmisión sexual. Alrededor de una de cada tres mujeres de América Latina ha sido víctima de violencia física, psicológica o sexual por parte de familiares. La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que en 2002 un 10% al 36% de las mujeres latinoamericanas fueron objeto de violencia física o sexual y que entre el 70% y el 80% de las víctimas de violencia sexual eran niñas. En casi la mitad de estos casos los agresores vivían con las víctimas y en las tres cuartas partes eran familiares directos de las niñas y niños que sufrieron el abuso.

En 2008, la CEPAL llevó a cabo una encuesta entre las autoridades de los ministerios del interior de los gobiernos latinoamericanos sobre las políticas y programas de prevención y control de la violencia juvenil que habían implementado. Las autoridades consultadas señalaron que el principal problema de violencia que enfrenta este grupo etario es la violencia juvenil organizada (pandillas, violencia callejera o porte de armas) que afecta a determinadas zonas urbanas de varios países de la región. La situación de las pandillas (maras en Centroamérica, *quadrilhas* en el Brasil), el aumento de la delincuencia en los países del Cono Sur y de la violencia en los países andinos son claros indicadores de la necesidad de contar con áreas de intervención específicas en relación con la juventud. Sobre todo, les preocupa la relación de las pandillas juveniles con el consumo de drogas, el narcotráfico y el tráfico de personas.

En segundo lugar, las autoridades destacaron la importancia de la violencia intrafamiliar, en la pareja y la intergeneracional. Aun cuando la denuncia de los actos de violencia de género ha aumentado, todavía persiste una grave desprotección en el caso de las niñas y jóvenes que sufren el abuso. También se mencionaron las conductas violentas autoinfligidas o dirigidas a otros, vinculadas al consumo de alcohol y drogas. Las autoridades expresaron que el mayor problema que enfrentan los jóvenes de ambos sexos es la pobreza, mientras que los principales problemas que ellos mismos perciben son el desempleo entre los varones y la violencia intrafamiliar entre las mujeres. Se observó además que la drogadicción y otras adicciones, la falta de acceso a la educación y a un tejido asociativo y de participación afectan por igual a los jóvenes de ambos sexos.

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *Panorama social de América Latina 2008* (LC/G.2402-P/E), Santiago de Chile, 2008. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.08.II.G.89.

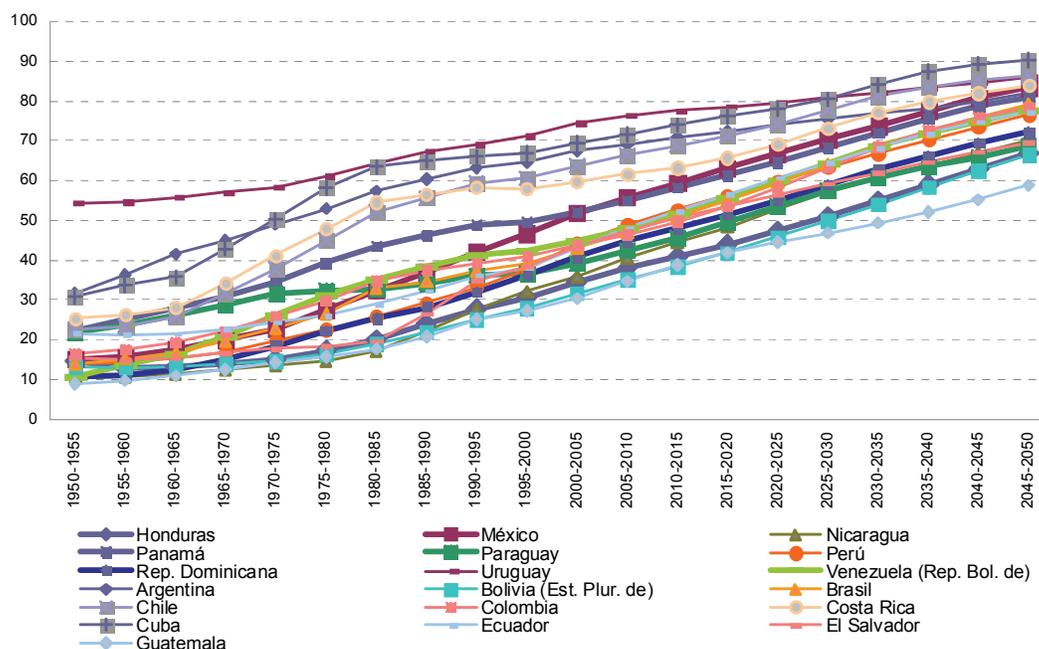
D. LA MORTALIDAD DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR

Desde mediados del siglo pasado hasta la fecha, en América Latina se ha producido un importante aumento de la esperanza de vida a los 65 años ($e(65)$) de alrededor de 5,5 años en promedio para ambos sexos. En el quinquenio 2005-2010, alcanzó los 18,7 años en las mujeres y 16,6 en los hombres.

Estos cambios de la tasa de mortalidad según la edad, sumados al envejecimiento de la población, continuarán modificando los perfiles de mortalidad, lo que puede analizarse mediante los indicadores de la estructura por edad de las defunciones. Para apreciar los efectos de las hipótesis previstas de mortalidad en la transición epidemiológica, en el gráfico III.9 se presenta el porcentaje de defunciones de las personas de 65 años y más en países seleccionados de la región durante un período histórico de 50 años

(1950-2000) y en función de las proyecciones sobre la mortalidad y la población en un lapso equivalente (2000-2050). Esta información permite apreciar lo profundo del cambio ocurrido en la estructura de la mortalidad, la heterogeneidad entre los países y las modificaciones que aún se prevé hasta mediados del presente siglo. El gráfico III.9 muestra que en el medio siglo precedente las defunciones de personas de 65 años y más de la región aumentaron del 16% al 47%, previéndose que llegarán a un 76,5% del total en el quinquenio 2045-2050. Cabe destacar que mientras en Cuba las muertes de las personas de este segmento etario en 2050 alcanzarán el 88% del total, en Haití, que presenta la situación opuesta, llegarán nada más que al 57%. Ello implica un rezago de aproximadamente tres cuartos de siglo entre ambos países, porque en Cuba ese porcentaje ya se había alcanzado en el quinquenio 1975-1980. Casos de este tipo se encuentran también dentro de los países, tanto según las diversas zonas geográficas como de acuerdo con los diferentes estratos socioeconómicos.

Gráfico III.9
AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): DEFUNCIONES DE PERSONAS DE 65 AÑOS Y MÁS, 1950-2050
(En porcentajes)



Fuente: CELADE-División de Población de la CEPAL, estimaciones y proyecciones de población, revisión 2008.

Esta información, así como el perfil epidemiológico que resulta de las estadísticas de morbilidad y de las causas de defunción, demuestra el carácter imperativo de las reformas de salud y seguridad social en los países de la región. En la mayoría de ellos este escenario implica modificaciones en el campo de la salud, donde coexisten todavía —y lo harán al menos a mediano plazo— las considerables demandas de los sectores que se encuentran en etapas tempranas de la transición epidemiológica y demográfica con las de aquellos que han alcanzado etapas más avanzadas de dichos procesos.

Las estimaciones regionales de la mortalidad ocultan, desde luego, importantes variaciones características de cada país y, con seguridad, también dentro de ellos. Es relevante reconocer la presencia de tal variabilidad —atributo inherente de toda distribución— y el hecho de que no necesariamente constituye de por sí una evidencia de desigualdad en cuanto al riesgo de morir de las distintas poblaciones. Por otra parte, la propia variabilidad de los perfiles de riesgo de muerte y sus efectos en la esperanza de vida ha de conferir especificidad a las intervenciones sanitarias requeridas para mejorar la sobrevivencia, la compresión de la morbilidad y la calidad de vida de las personas de edad en la región.

A fin de conocer el alcance de la variabilidad observada entre los países de América Latina y el Caribe, puede explorarse comparativamente el impacto de la mortalidad en la esperanza de vida adulta mayor, observando al mismo tiempo el cambio de la mortalidad —medido en años de esperanza de vida ganados (AEVG)— y la carga de mortalidad —medida en años de esperanza de vida perdidos (AEVP)— en cada país. Los efectos de la mortalidad por causas infecciosas, neoplasias, enfermedades cardiovasculares y causas externas en la esperanza de vida de los países de la región pone de manifiesto la magnitud de las diferencias entre lo que se obtuvo y lo que falta por conseguir en cuanto a reducción del riesgo de morir atribuible a tales causas, entre los distintos países y en ambos sexos.

Desde esta perspectiva, puede suponerse que los AEVG exploran la capacidad de acumular ganancias en materia de salud en el pasado reciente y los AEVP sondan el potencial de cambio en el futuro cercano. Las diferencias entre ambos atributos, expresadas en las propias modificaciones del riesgo de morir respecto de la esperanza de vida a la edad de 60 o 65 años, son aún más visibles entre países, causas y sexos al considerar la distribución etaria del impacto real y potencial de la mortalidad en dicha esperanza de vida. Por ejemplo, mientras que en la población femenina adulta mayor de la Argentina la contribución de AEVG atribuibles a la enfermedad isquémica del corazón se incrementa en las edades más avanzadas, en la de México se observa lo contrario. En cambio, la cantidad de AEVP debida a la diabetes mellitus es desproporcionadamente más elevada en la población adulta mayor masculina de Barbados que en la de Panamá en particular y los demás países en general, sobre todo antes de los 75 años de edad (CEPAL/CELADE, 2003). Estas diferencias en cuanto a repercusiones de la mortalidad en la esperanza de vida de las personas mayores pueden atribuirse en parte a las distintas etapas de la transición demográfica y epidemiológica en que se encuentran históricamente estos países. También se explican por el desempeño y la capacidad de respuesta de los sistemas de atención de salud de la población adulta mayor en la región (CEPAL/CELADE, 2003).

Desde el punto de vista de la gestión, la situación de la salud y la mortalidad de las personas de edad en América Latina y el Caribe —sus tendencias y las inequidades que presenta— puede percibirse como el producto de la operación de las políticas públicas con que los Estados organizan el tratamiento de la agenda social, los mecanismos con que la población se adapta a ellas y el grado de eficiencia de ambos procesos.

En síntesis, la región ha progresado considerablemente en el proceso de descenso de la mortalidad en general desde 1950 hasta la fecha. Aunque dentro de ella existan diferencias importantes, todos los países han avanzado y en muchos se proyecta una convergencia del nivel de mortalidad, medido por la esperanza de vida al nacer, en torno a valores superiores al promedio mundial.

Cabe destacar que pese a los avances logrados en materia de reducción de la mortalidad infantil y en la niñez, varios de los países no alcanzarían la meta establecida en los ODM, de manera que mejorar las condiciones de salud de los niños aún es un desafío importante en la región. Todavía tiene un peso relevante la mortalidad posneonatal y se observan brechas significativas según la escolaridad de la madre, el área de residencia, el estrato socioeconómico o la condición étnica. Debe considerarse que la educación

de las madres es menor en las zonas rurales y entre las mujeres indígenas y afrodescendientes, lo que pone de relieve la importancia de este factor en la salud de sus hijos.

Llama la atención observar que en algunos países de la región se ha registrado un aumento de la mortalidad de la población adulta joven, en especial de los hombres, hecho atribuido a los estilos de vida de la sociedad moderna —el grado de urbanización de los países, por ejemplo— y también al incremento generalizado de la violencia —la presencia de maras y pandillas, entre otros fenómenos. No cabe duda que se trata de un aspecto importante que no puede descuidarse.

Otro desafío de envergadura es el que surge del proceso de envejecimiento de la población, que sin duda alguna requiere de una planificación cuidadosa y de políticas de salud, cuidado y seguridad social que permitan hacer frente al menor peso relativo de las enfermedades transmisibles y al mayor peso relativo de las enfermedades degenerativas propias de la población adulta mayor.

La dinámica demográfica, acompañada de la transformación de la sociedad, implica retos importantes, sobre todo contar con políticas públicas flexibles, oportunas y que tomen en cuenta estos cambios demográficos y sociales para lograr una mejor salud y el bienestar general de la población.

Capítulo IV

EL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

En las últimas décadas, la totalidad de los países desarrollados y buena parte de los países en desarrollo han experimentado un aumento sustancial de la esperanza de vida al nacer gracias al descenso paulatino de los niveles de mortalidad. Como lo han documentado numerosos autores, este proceso —que forma parte de lo que se conoce comúnmente como transición demográfica— tiene un efecto directo en la estructura por edad de la población, en especial debido a su incidencia en la distribución etaria de los decesos, los cuales tienden a concentrarse en las edades avanzadas (Notestein, 1945; Leibenstein, 1957; Miró, 2003; Chackiel, 2004; Janssen y Kunst, 2004; CEPAL/CELADE, 1993, 2005 y 2008b). Este cambio ha sido tanto causa como consecuencia de una variación del perfil de mortalidad, en que se observa una disminución de las muertes por causas infecciosas —relacionadas con las carencias primarias— y un aumento de aquellas vinculadas a las enfermedades degenerativas —que obedecen más bien a factores genéticos y carencias secundarias— (Omran, 1971 y 1998).

El análisis de la mortalidad, sobre todo por causas específicas de muerte, es extremadamente relevante debido a sus efectos —en términos de costos, políticas y acciones— en los sistemas de salud y asistencia social. Sin embargo, el estudio de las causas de muerte, sea de los patrones históricos como de las proyecciones futuras, depende de numerosos factores que perjudican y dificultan su correcta evaluación (Murray y López, 1996).

En la segunda mitad de la década de 1970, producto tanto de los cambios demográficos —aumento de la esperanza de vida al nacer y variación de la estructura por edad de la población— como de las características económicas contingentes, Omran (1971) propuso un modelo explicativo de la dinámica epidemiológica según el cual cada país, tarde o temprano, debería atravesar por lo que se conoce como transición epidemiológica. De acuerdo con su teoría, esta transición representa el tránsito desde una fase de alto peso de las enfermedades transmisibles a otra caracterizada por un peso importante de las enfermedades crónico-degenerativas.

La teoría de la transición epidemiológica, sin embargo, ha sido ampliamente criticada a causa de sus limitaciones teóricas y prácticas (Mackenbach, 1994; Bolaños, 2000) y se han sugerido algunas modificaciones. Por ejemplo, a contar de mediados de los años setenta del siglo pasado, los logros médicos y tecnológicos relacionados con el tratamiento y prevención de las enfermedades cardiovasculares determinaron que la estimación de la esperanza de vida al nacer aumentara hasta los 85 años (Olshansky, Cranes y Cassel, 1990).

Además, la baja inesperada de los niveles de mortalidad de algunas enfermedades degenerativas se acompañó de un aumento de la morbimortalidad de ciertas enfermedades infecciosas (Khasnis y Nettleman, 2005) —por ejemplo, de las enfermedades transmisibles por vectores, como consecuencia del calentamiento global, o del SIDA— y del rebrote de otras como la tuberculosis (Caselli, 1991; Barrett y otros, 1998; Sanders y otros, 2008) (véase el recuadro IV.1). Estas evidencias han sugerido la existencia de una nueva fase en el marco de la transición epidemiológica y han conducido a varios autores a definir una etapa adicional de este proceso: “la edad de las enfermedades degenerativas retrasadas” (Olshansky y Ault, 1986; Rogers y Hackenberg, 1987).

Recuadro IV.1

LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS EMERGENTES Y REEMERGENTES

Las enfermedades infecciosas emergentes son aquellas cuya incidencia ha aumentado en los últimos 20 años y las reemergentes, aquellas que han vuelto a aparecer después que su incidencia había disminuido significativamente. Ambas representan un problema global de seguridad sanitaria, debido a factores que se relacionan con un mundo actual interconectado e interdependiente, sobre todo a causa del mayor desplazamiento de la población (migración, desastres y turismo, entre otros fenómenos); el aumento del comercio internacional de productos biológicos y alimentos y sus métodos de procesamiento y distribución; los cambios sociales y ambientales vinculados a la urbanización, la deforestación y las alteraciones climáticas. Estos factores han reafirmado el hecho de que los episodios de enfermedades infecciosas que se presentan en un país o región determinados constituyen potencialmente una preocupación para todo el mundo. Las enfermedades de los animales transmisibles a los humanos (zoonosis) corresponden a tres cuartas partes de los patógenos emergentes. En el período 2001-2006, en las Américas se presentaron brotes significativos de enfermedades infecciosas como la fiebre chikungunya en Martinica, el virus del Nilo occidental en Belice, la fiebre de las Montañas Rocosas en Urabá (Colombia) y *Escherichia coli* en los Estados Unidos y México. El síndrome respiratorio agudo y grave (SARS) se reconoció por primera vez en febrero de 2003, en Hanoi (Viet Nam), y fue considerado una amenaza global por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a mediados de marzo. Canadá y los Estados Unidos fueron los únicos países de las Américas que notificaron casos probables de SARS: 438 (44 fallecimientos) y 27, respectivamente. El síndrome pulmonar por hantavirus (SPH) se describió por primera vez en América del Norte en 1993. Desde entonces, y hasta 2004, la cifra total de casos fue de 2.196 y el promedio anual de casos notificados fue de 108 (en la Argentina, el Brasil, Canadá, Chile, el Estado Plurinacional de Bolivia, los Estados Unidos, Panamá, el Paraguay, la República Bolivariana de Venezuela y el Uruguay). Tras la pandemia de cólera de 1991, se ha observado una disminución estable del número de casos notificados en la región. En 2002 hubo un marcado descenso de ellos, con solo 23 casos informados a la OMS: 16 en el Perú, cuatro en Canadá, dos en los Estados Unidos y uno en Guatemala.

La meta 6C del sexto Objetivo del Milenio (ODM) implica “haber comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves”. Sin embargo, en la actualidad hay zonas en que el paludismo se transmite activamente, estimándose que 124 millones de personas están expuestas a contraerlo. En 2006 hubo 919.877 casos en la región, lo que representa un 20% menos que en 2000, y se notificaron 219 muertes relacionadas con el paludismo, es decir, un 37% menos que en 2000. En 14 de los 21 países en que la enfermedad es endémica, su incidencia en el período 2000-2006 se redujo. En cuatro países la disminución superó el 75% (el Ecuador, El Salvador, Nicaragua y el Paraguay), con lo que cumplieron la meta de los ODM en esta materia. Otros cuatro países declararon bajas del 50% al 75% y en seis las reducciones fueron inferiores al 50%. No obstante, en el mismo período Colombia, Costa Rica, Guyana Francesa, Haití, Panamá, la República Bolivariana de Venezuela y la República Dominicana dieron cuenta de un aumento del número de casos. Considerando el índice parasitario anual (IPA), los patrones endémicos y las tendencias epidemiológicas, entre otros elementos, es posible estimar que la Argentina, El Salvador, México y el Paraguay se encuentran en la etapa previa a la eliminación y tienen mayores posibilidades de progresar hacia ella. En cambio, las tendencias epidemiológicas en Haití y la República Dominicana indican que no van por el mismo camino. Desde el año 2000, en los países y territorios de las Américas que pueden considerarse libres de transmisión se han declarado 1.300 casos anuales en promedio, que afectan a los viajeros provenientes de países en que el paludismo es endémico.

En 2006 la región de las Américas logró reducir a la mitad la prevalencia de la tuberculosis respecto de 1990 (de 96 a 44 casos por cada 100.000 habitantes) y un 44% la mortalidad por esta causa (de 9 a 5 defunciones por cada 100.000 habitantes), lo que está muy cercano a la meta planteada en los ODM de reducir un 50% las tasas de incidencia, prevalencia y mortalidad asociadas a la tuberculosis en relación con 1990. Sin embargo, el avance de los países al respecto es muy dispar. La Argentina, el Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba, México, Nicaragua, Panamá y la República Dominicana, que disponen de mayor número de recursos económicos o programas de control exitosos, alcanzaron la meta antes de 2005; el Perú lo hizo antes de 2006 y se prevé que los demás lo harán en 2015. Pero para lograrlo, los países de alta carga o riesgo de tuberculosis —a saber, Belice, Colombia, el Ecuador, El Salvador, el Estado Plurinacional de Bolivia, Guatemala, Haití, Honduras, el Paraguay, la República Bolivariana de Venezuela y Suriname— deberán emprender actividades encaminadas deliberadamente a controlar la enfermedad y asumir un fuerte compromiso político para asegurar la financiación de la lucha contra ella.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS), *La salud en las Américas*, vol. 1, Washington, D.C., 2007; Naciones Unidas, *Objetivos de Desarrollo del Milenio. La progresión hacia el derecho a la salud en América Latina y el Caribe* (LC/G.2364-Rev.1), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2008.

A pesar de sus limitaciones, de sus problemas empíricos y de los aspectos teóricamente discutibles, la teoría de la transición epidemiológica sigue siendo empleada como esquema teórico para la identificación de los cambios en los patrones de mortalidad por causas. La utilidad de este marco teórico radica en la posibilidad de fijar un punto de referencia desde el cual es posible identificar similitudes, anomalías, excepciones y sistematicidades en distintas realidades.

El estudio de la carga global de enfermedades (Murray y López, 1990) muestra una clara relación entre el peso de las causas transmisibles, no transmisibles y externas y el nivel de desarrollo económico de los países¹⁷. Así, el perfil epidemiológico del continente africano se caracteriza por una prevalencia de las enfermedades transmisibles, mientras que en América del Norte y Europa prevalecen las no transmisibles. Los mismos resultados se observan al analizar la distribución de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD).

América Latina y el Caribe, en tanto, presentan algunas peculiaridades. Tal como lo demostraron Frenk y sus colegas (1991), el perfil de salud de la región tiene las siguientes características: i) superposición de etapas (alta incidencia tanto de enfermedades transmisibles como no transmisibles), ii) contratransición (ruptura del principio de unidireccionalidad transicional), iii) transición prolongada (situación de estancamiento epidemiológico) y iv) polarización epidemiológica (heterogeneidad entre los grupos sociales y áreas geográficas dentro de cada país). La región enfrenta hoy día las dinámicas típicas de un contexto “moderno”, pero con una carga todavía importante de elementos propios de los modelos “antiguos”.

A. LA DINÁMICA EPIDEMIOLÓGICA DE LA REGIÓN

Antes de entrar de lleno en el análisis de la evolución epidemiológica de la región, conviene mencionar las fortalezas y debilidades de la información que le sirve de base y su propio desarrollo en el período de interés. Los certificados de muerte representan la principal fuente de información para el estudio de la mortalidad según causas de defunción. En este documento, generalmente un médico o personal autorizado por las autoridades de salud, registra los datos sobre el evento (la muerte), entre los cuales se considera la principal causa de defunción, definida como la enfermedad o accidente con que empieza el proceso de morbilidad que conduce al deceso, o la circunstancia del accidente o la violencia que produce la herida fatal.

Cada defunción debe ser registrada en un certificado y contabilizada en el sistema de estadísticas vitales, de manera que el análisis de la mortalidad depende de su calidad. La base de datos de mortalidad de la OMS es una de las fuentes más inclusivas para efectuar análisis de mortalidad a nivel mundial¹⁸. Todos los países, por medio de la autoridad competente, le hacen llegar la información sobre defunciones y población recopilada a nivel nacional. Esto le permite a la OMS mantener en una única base de datos

¹⁷ El estudio de la Carga de Enfermedad Global fue una iniciativa del Banco Mundial, en colaboración con la OMS y la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard, en que a comienzos de la década de 1990 se cuantificaron los efectos en la salud de más de 100 enfermedades y lesiones y de 10 factores de riesgo, analizando el impacto sanitario global y el correspondiente a ocho regiones del mundo consideradas para este proyecto. Además de generar estimaciones de mortalidad y morbilidad según edad, género y región, se diseñó una nueva medida para cuantificar la carga de enfermedad a la que se llamó años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), un indicador que integra en una sola medida los años de vida perdidos debido a muerte prematura con los vividos en un estado menos saludable o con discapacidad. Permite estimar no solo los años perdidos por deceso antes de una edad determinada (años de vida potencial perdidos, o AVPP), sino también el equivalente en años saludables de los años vividos con discapacidad debido a enfermedad o lesión (Rubinstein, 2007).

¹⁸ Véase “WHO mortality database” [en línea] <http://www.who.int/healthinfo/morttables/en/index.html>.

toda la información oficial de la mortalidad según causas de muerte, codificada por la autoridad nacional competente de cada país. Pero justamente porque se trata solo de un conjunto de estadísticas vitales nacionales, adolece del mismo problema: todos los países no tienen un índice de cobertura del 100% —es decir, del número de defunciones registradas en comparación con las estimadas. De acuerdo con la información disponible relativa a los últimos años, la situación de la región es bastante heterogénea. El índice varía desde valores muy bajos como el de Haití, cuyo nivel de cobertura en el trienio 1999-2001 fue del 10%; los de la República Dominicana, el Perú y Nicaragua, que rondan el 50%, hasta una cobertura total como la que han logrado la Argentina, Cuba y la República Bolivariana de Venezuela. Esto obliga a considerar los datos con mucha cautela, especialmente en el análisis comparativo. Por ello, se intentará hacer hincapié en los países que se considera tienen mejores sistemas de información.

Desde hace más de 100 años, la causa principal de muerte se registra sobre la base de los criterios y códigos de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción (CIE). Los antecedentes de ella se remontan al siglo XIX, en particular al trabajo del estadístico y médico inglés William Farr (1807-1883). La CIE fue adoptada por primera vez a principios del siglo XX, con el objetivo de generar información sobre las causas de muerte que fuera consistente y comparable entre los países. Desde entonces ha sido modificada en 10 oportunidades, al paso de los descubrimientos médicos y tecnológicos y también en términos de nomenclatura y etiología (Anderson y otros, 2001). Pese a la necesidad de efectuar estas revisiones periódicas, el proceso se ha traducido en una introducción constante de inconsistencias y dificultades para identificar de forma unívoca los niveles de mortalidad en el tiempo. En el período comprendido entre la CIE-2, la CIE-9 y la CIE-10, el número de categorías pasó de alrededor de 300 a 5.000 y 8.000, respectivamente. Además, no son pocos los casos en que un país determinado ha decidido aplicar reglas de clasificación propias, con efectos inmediatos en el patrón de mortalidad según causas.

Junto con los problemas de la CIE, las frecuentes mejoras en materia de conocimientos médicos han afectado los diagnósticos y, por ende, la definición de las causas de defunción. Un ejemplo de ello es el caso del Alzheimer, cuyo aumento en el perfil epidemiológico de los últimos años obedece a un creciente conocimiento de la enfermedad y de sus características, lo que ha favorecido su diagnóstico. Al mismo tiempo, en la historia médica hay causas que cíclicamente se ponen “de moda”. Por último, la experiencia del médico o de quien certifica la defunción afecta la identificación de la principal causa de muerte.

Cabe subrayar que el concepto de “causa principal de muerte” se adapta mejor al caso de las enfermedades infecciosas, mientras que las enfermedades crónico-degenerativas muchas veces se caracterizan por la presencia de un conjunto de causas de muerte (Mackenbach y otros, 1995), lo que en ciertos casos impide identificar el peso de alguna de ellas. Entre los diversos ejemplos de esta situación se cuentan enfermedades como el Alzheimer y la demencia, respecto de las cuales existe con frecuencia una subestimación. Todos estos factores, al igual que las modificaciones de la CIE, producen “ruido” en la clasificación de los decesos según causa. Aun así, la información proporciona algunas luces sobre el estado de salud de la población¹⁹.

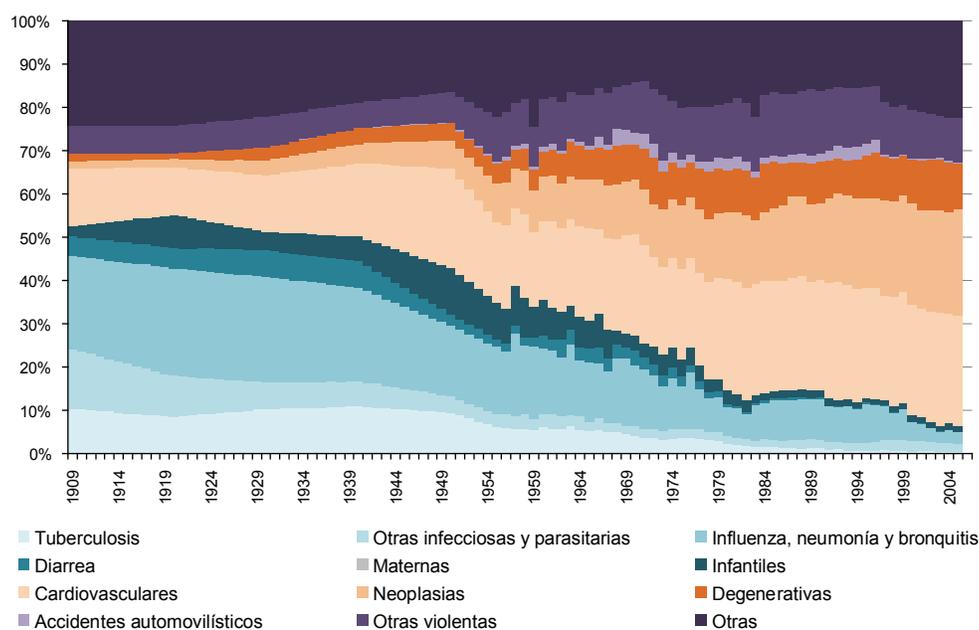
En cuanto al análisis del perfil epidemiológico, la región se caracteriza —como se mencionó— por una superposición de etapas, lo cual implica que además de la alta incidencia de enfermedades transmisibles es preciso abordar el aumento de las enfermedades no transmisibles, los accidentes y la

¹⁹ Hay un gran número de trabajos y mucha documentación sobre la posibilidad de crear tablas abreviadas de causas de muerte entre las distintas revisiones de la CIE: Halbert y Sbackley (1944); Faust y Dolman (1964); Klebba (1975); Klebba y Scott (1980); Anderson y otros (2001); Janssen y Kunst (2004); NCHS (2009); Meslé y Vallin (1996); Wolleswinkel-van de Bosch, van Poppel y Mackenbach (1996).

violencia. El análisis diferencial de la mortalidad según causas —considerando las variables de sexo y edad— muestra las especificidades típicas de cada grupo poblacional. Así, los niños son más vulnerables a las enfermedades transmisibles, los jóvenes a las causas externas y la población adulta a las enfermedades crónico-degenerativas, mientras que en relación con las personas mayores se observa nuevamente una combinación de causas que exige desplegar esfuerzos en todas las direcciones. El análisis de las diferencias de género revela el sorprendente impacto de las causas externas en la carga de mortalidad de los hombres jóvenes en comparación con la de las mujeres del mismo segmento etario.

Se ha podido reconstruir el perfil epidemiológico de Chile a lo largo de todo el siglo XX y principios del siglo XXI, lo que permite apreciar la variación paulatina de la carga de enfermedades en este país (véase el gráfico IV.1, que muestra solo el caso de los hombres). A comienzos del siglo pasado, las enfermedades transmisibles superaban el 50% de ella, pero en 2005 representaron menos del 10%. En cambio, las enfermedades crónico-degenerativas han pasado de constituir poco más del 15% de las causas de muerte en 1909 a más del 60% en 2005. En esta misma fecha, las enfermedades cardiovasculares y las neoplasias estaban repartidas en la misma proporción en el caso de los hombres y un 25% y un 32%, respectivamente, en el de las mujeres. El cambio más evidente en el peso de las enfermedades transmisibles se observa a lo largo de las tres décadas que se extienden entre 1950 y 1980. De hecho, solo a comienzos de esta última empezó a estabilizarse el perfil de la carga de enfermedades transmisibles. En la actualidad se observa un aumento del peso relativo de las causas crónico-degenerativas. Finalmente, la comparación entre ambos sexos muestra la mayor importancia de las causas externas en los hombres, que es tres veces mayor en la carga total de las enfermedades.

Gráfico IV.1
**CHILE: PESO RELATIVO DE LAS TASAS ESTANDARIZADAS DE MORTALIDAD
 SEGÚN CAUSA DE MUERTE EN LOS HOMBRES, 1990-2005**
 (En porcentajes)



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL, sobre la base de Organización Mundial de la Salud (OMS), “WHO mortality database” [en línea] <http://www.who.int/healthinfo/morttables/en/index.html>.

También ha sido posible reconstruir períodos de observación más breves en Belice, Colombia, Guatemala y el Paraguay. En el caso colombiano se observa un desplazamiento desde las enfermedades transmisibles hacia las crónico-degenerativas, proceso que en parte se ha visto dificultado —en especial respecto de los hombres— por la carga de las causas externas (accidentes y violencia). A comienzos de los años sesenta del siglo pasado, Guatemala se caracterizaba por un peso del 50% de las enfermedades transmisibles y cinco veces menor (poco más del 10%) de las crónico-degenerativas. En un plazo de 40 años, los esfuerzos nacionales por disminuir las muertes por causas transmisibles han conducido a que la proporción de decesos perteneciente a este grupo alcance un 20%, así como a un aumento de 20 puntos porcentuales de los causados por enfermedades crónico-degenerativas. También en este país la importancia de las causas externas en los hombres es mucho más elevada que en las mujeres.

El perfil epidemiológico del Paraguay a lo largo de los últimos 50 años muestra que en el país predominan las defunciones a causa de afecciones cardiovasculares, aunque en los últimos años ha empezado a observarse una primera tendencia a la disminución de este grupo en favor de las neoplasias. Finalmente, el perfil de Belice es bastante similar al del Paraguay, dado que la importancia de las enfermedades transmisibles se ha mantenido más bien constante en el período de observación y existe una proporción significativa de muertes a causa de problemas cardiovasculares.

Los cuatro países antes citados reflejan la situación por la que atraviesan otros países de la región. De hecho, el análisis de la información disponible ha permitido crear grupos de países que al menos desde un punto de vista general puedan considerarse homogéneos a fin de identificar sus necesidades específicas. Sobre la base de cuatro indicadores —tasas de mortalidad tipificadas según enfermedades transmisibles, enfermedades del sistema circulatorio, neoplasias malignas y causas externas y violentas— se establecieron los grupos que se detallan en el cuadro IV.1.

Cuadro IV.1
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: AGRUPACIÓN DE LOS PAÍSES SEGÚN
SU CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Grupos de causas de muerte				
	Enfermedades transmisibles	Enfermedades cardiovasculares	Neoplasias	Causas externas
Países	Perú, Bolivia (Estado Plurinacional de), Guatemala, Haití, Bahamas	Nicaragua, Paraguay, Rep. Dominicana, Granada, Trinidad y Tabago, San Vicente y las Granadinas, Barbados	Chile, Costa Rica, Cuba, Argentina, Uruguay, Guadalupe, Martinica, Colombia, Venezuela (República Bolivariana de), Puerto Rico, Panamá	Guyana Francesa, Belice, Ecuador, El Salvador, Venezuela (República Bolivariana de) ^a , Colombia ^a , Puerto Rico ^a

Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL, sobre la base de Organización Mundial de la Salud (OMS), “WHO mortality database” [en línea] <http://www.who.int/healthinfo/morttables/en/index.html>.

^a La repetición de estos países obedece al hecho de que presentan ambos grupos de causas de muerte.

B. LAS PERSPECTIVAS DE LA MORTALIDAD SEGÚN CAUSAS

En este capítulo se ha analizado el perfil epidemiológico de la región, subrayando tanto las variaciones en el tiempo como la heterogeneidad regional. El estudio de los cambios en la carga de enfermedades sobre la base de las causas de muerte representa un desafío para las políticas públicas, de salud, cuidado social y de pensiones (Delwarde, Denuit y Eilers, 2007).

Como se ha destacado, la evolución epidemiológica de los países latinoamericanos y caribeños se caracteriza por la coexistencia de enfermedades tanto infecciosas y parasitarias como crónico-degenerativas (véase el recuadro IV.2), perfil que además está perturbado por el peso de las causas externas, cuyos efectos en algunos subgrupos poblacionales como el de los hombres jóvenes son relevantes.

Recuadro IV.2

LA SALUD AMBIENTAL EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Existe una estrecha relación entre inequidad, salud y medio ambiente, que se materializa de diversas formas. Las inequidades en materia de educación, empleo y salud, por ejemplo, afectan la vulnerabilidad de las personas a los efectos ambientales negativos y pueden dar lugar a cargas significativas de enfermedad y muerte. Además, las diferencias entre el centro y la periferia y entre áreas urbanas y rurales en materia de acceso a los servicios y exposición a factores de riesgo ambiental exacerban la vulnerabilidad de los pobres. El crecimiento acelerado y desordenado del sector industrial influye directamente en la contaminación biológica, química y física, mientras que los problemas originados en los asentamientos urbanos y las viviendas sobrepobladas facilitan la propagación de enfermedades infecciosas y contribuyen al aumento del uso de drogas ilícitas y la violencia. Se estima que el 24% de la carga mundial de morbilidad y el 25% de la mortalidad en los países en desarrollo pueden atribuirse a causas ambientales.

La falta de una infraestructura adecuada de saneamiento y su mal funcionamiento, lo que implica principalmente la contaminación de las aguas subterráneas, así como la descarga de aguas residuales domésticas sin tratamiento apropiado, crean grandes problemas de salud pública en América Latina y el Caribe. El riego que suponen las aguas residuales se ha vinculado a la transmisión de enfermedades entéricas como el cólera y la fiebre tifoidea. Otras enfermedades gastrointestinales como la disentería, la giardiasis y la hepatitis infecciosa pueden propagarse mediante las verduras contaminadas. En la región, una de cada cuatro personas carece de acceso al agua potable y el saneamiento, mientras que en las zonas y comunidades más afectadas por las desigualdades socioeconómicas esta privación afecta a una de cada dos personas.

Si bien en el período 1990-2004 la región logró disminuir 8 puntos porcentuales el déficit de acceso al agua potable (del 17% al 9%), la reducción total requerida para cumplir la meta 7C del séptimo ODM —reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas sin acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento— es de 9 puntos porcentuales. De acuerdo con esta tendencia, es factible que parte de los países de la región logre cumplir este propósito, mientras que en otros se requerirá de mayor esfuerzo para hacerlo, especialmente en las zonas rurales de aquellos como el Brasil, Chile, Colombia, El Salvador, el Estado Plurinacional de Bolivia, Haití, Nicaragua, el Paraguay y el Perú. La disminución del déficit de saneamiento en el mismo período fue del 9% (del 32% al 23%), pero la necesaria para cumplir la meta fijada en los ODM para 2015 es de 17 puntos porcentuales. Las inequidades entre las áreas urbanas y rurales en esta materia son bastante notorias: de los 53 millones de personas que no cuentan con suministro de agua potable en la región, la mayor proporción —más del 68%— vive en las zonas rurales. Aunque los niveles de cobertura del saneamiento básico son más deficitarios que los del agua potable, la proporción de población que no dispone de este elemento vital es seis veces mayor en las zonas rurales que en las urbanas, y tres y media veces mayor en lo que respecta al saneamiento.

Recuadro IV.2 (conclusión)

Si se consideran los recursos hídricos, alrededor de 2000 solo el 14% de los efluentes del sistema de alcantarillado en América Latina y el Caribe recibía algún grado de tratamiento antes de su descarga. En cuanto al agua potable, la materia prima la constituyen las aguas superficiales y subterráneas, a las que debería protegerse de todo tipo de contaminación como forma de propiciar el desarrollo sostenible. Los recursos hídricos subterráneos regionales fueron abandonados a su suerte, de manera que se han visto contaminados por las actividades agrícolas, un saneamiento deficiente, la eliminación de residuos sólidos y las actividades industriales, entre otros factores de contaminación, lo que hace muy difícil la recuperación de los acuíferos.

El almacenamiento, la recolección, la segregación, el reciclaje y la eliminación inadecuada de los residuos sólidos representan otro conjunto de factores que afecta la salud y el medio ambiente en la región. Las afecciones conexas incluyen las enfermedades gastrointestinales, parasitarias, respiratorias, dermatológicas, degenerativas, infectocontagiosas, alérgicas y las intoxicaciones. Los principales grupos expuestos a este tipo de riesgos son la población que carece de sistemas de almacenamiento o recolección adecuados, los trabajadores del sector de residuos sólidos y las personas que se dedican a la separación de la basura, entre otros.

En la década pasada, América Latina y el Caribe ocupó el segundo lugar entre las regiones más afectadas por los desastres naturales. Los efectos de los desastres de magnitud catastrófica en todos los aspectos de la economía y el desarrollo han sido evidentes, con pérdidas económicas de casi 650 millones de dólares solo en el período comprendido entre 1994 y 2003.

La quema de combustibles fósiles constituye la principal fuente de contaminación del aire exterior de muchas ciudades de la región y del mundo. La exposición a corto y largo plazo a los contaminantes y las variaciones temporales del material particulado se han relacionado con un incremento de la mortalidad y la morbilidad a causa de enfermedades respiratorias y cardiovasculares. También se han vinculado al aumento de las admisiones hospitalarias por todas las causas de índole respiratoria. Por eso, la prevención o mitigación de la exposición a los contaminantes químicos es una de las prioridades de acción de los gobiernos regionales.

En los países de América Latina y el Caribe, los plaguicidas también suponen un grave problema de salud pública. En los últimos 40 años se rociaron en Mesoamérica cerca de 85.000 toneladas de DDT —compuesto tóxico sumamente estable que se acumula en los organismos vivos— para combatir plagas en la agricultura y luchar contra los mosquitos vectores de la malaria.

La contaminación química y microbiológica de los alimentos continúa afectando de manera significativa la salud pública e indirectamente el turismo y el comercio internacional de alimentos. Las enfermedades transmitidas por alimentos (ETA) constituyen un problema mundial que en las últimas décadas se ha complicado debido a cambios como el crecimiento de la población, la pobreza, la urbanización acelerada de los países en desarrollo y el creciente comercio internacional de alimentos, así como el surgimiento de nuevos agentes causantes de ETA o microorganismos mutantes más dañinos.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS), *Salud en las Américas 2007*, vol. 1, Washington, D.C., 2007.

Junto con la coexistencia de las etapas transicionales, este análisis mostró que la dinámica temporal de los dos grupos principales de causas de muerte (enfermedades transmisibles y no transmisibles) es diferente: por una parte, el primero presentó una baja importante entre los años setenta y ochenta del siglo pasado, dependiendo del país, y posteriormente se estabilizó, prolongando la fase transicional; por otra, el segundo grupo ganó importancia y peso en forma acelerada, lo que en parte explica la coexistencia de etapas antes mencionada.

En el diseño e implementación de políticas de salud es relevante tener un cuadro claro de lo que implican términos como superposición de etapas, contratransición y polarización para las inversiones económicas en materia de salud. Todos los países de la región están afrontando un doble desafío: seguir disminuyendo la mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias y abordar la creciente mortalidad por causas no transmisibles. Resulta notorio que, en términos de costos, ambos grupos tienen enormes diferencias, tanto en términos de morbilidad como de mortalidad. En el primero, las causas por lo general son prevenibles y curables con medidas que implican un bajo costo (Kent y Yin, 2006) como antibióticos,

vacunas e hidratación, entre otras, mientras que la prevención y el tratamiento de las que comprende el segundo son notablemente más onerosos. También es distinto el costo de las enfermedades a las que eventualmente siguen las defunciones, pues las del segundo grupo requieren de una inversión mucho más considerable. Pero en la mayoría de los casos los países están procurando enfrentar los desafíos relacionados con ambas causas, lo que implica inversiones y esfuerzos paralelos.

El análisis diferencial ha demostrado a lo largo del capítulo que existen especificidades dentro de los subgrupos poblacionales. Las implicaciones de ello para las políticas públicas de salud son numerosas: si no es posible dejar de invertir en las estrategias necesarias para mejorar la salud de los niños, es bien probable que debido al proceso de transición demográfica que cada país ha empezado a experimentar, está experimentando o bien ha terminado de experimentar fallecerá un número creciente de personas mayores. Por lo tanto, suponiendo también un escenario en que las tasas de muerte por causas infecciosas se mantengan al nivel actual, es cierto que en términos absolutos esto representará un número siempre mayor de defunciones. Así, en los programas de salud de alguna forma debe encontrarse un equilibrio de los costos en función de la eficacia en el manejo del perfil de salud de la población.

Un elemento que no se ha observado en este contexto es la variabilidad interna de los países en relación con las condiciones sociales y los grupos étnicos o religiosos, entre otros. El perfil de cada país proporcionado en el análisis es equivalente a la situación nacional en promedio. Sin embargo, es sabido que las microrrealidades que la componen difieren notablemente en cuanto a disponibilidad de recursos económicos y acceso a los servicios, la educación y la salud y que, por ende, cada contexto tiene un perfil epidemiológico distinto. Esto genera coexistencias epidemiológicas dentro de un mismo país y, por lo tanto, la necesidad de desarrollar planes y acciones en que se consideren las realidades específicas.

Finalmente, cabe subrayar que si bien es necesario invertir en estructuras, tecnologías y programas específicos de salud, ello no es suficiente para mejorar las condiciones de salud de la población sin realizar un esfuerzo mayor por lograr que cada sociedad sea más equitativa, social y económicamente. En este sentido, en muchos estudios se ha analizado la relación entre las inequidades —en especial las económicas— y la salud (Wilkinson, 1992; Wilkinson y Pickett 2006 y 2009). Allí donde se observan sociedades menos equitativas, también se aprecian peores condiciones de salud. Este resultado se mantiene incluso al controlar por variables como las inversiones económicas en servicios y tecnologías. En otras palabras, lo relevante para determinar el nivel de mortalidad y de salud de una sociedad determinada no sería la situación generalizada de bienestar dentro de ella, sino más bien la forma en que este se encuentra distribuido. Así, cuanto más equitativamente esté repartido el bienestar dentro de la sociedad, tanto mejor será el estado de salud de ella (Editor's Choice, 1996).

Es relevante, entonces, que el esfuerzo de cada país y de la región por afrontar los desafíos en materia de salud se oriente a los siguientes objetivos:

- Manejar la coexistencia de distintos perfiles de salud, lo que implica especificidades de género, edad, regiones, grupos étnicos y socioeconómicos.
- Seguir invirtiendo en la lucha para erradicar las enfermedades transmisibles en los grupos más vulnerables de la población —niños y personas mayores—, lo que implica tanto prevención como curación.

- Implementar acciones orientadas a la prevención y curación de las enfermedades no transmisibles. Al respecto, sería especialmente importante promover comportamientos adecuados, considerando que al prevenir en lo posible las enfermedades crónico-degenerativas no se incurre en los gastos elevados que involucra la fase de cura.
- Invertir en estructuras y tecnologías.
- Universalizar los servicios de salud, evitando las inequidades.
- Disminuir las brechas socioeconómicas de la población a nivel regional y nacional, considerando que lo sugerido en los puntos anteriores tendría un efecto reducido en situaciones de marcada inequidad.

Capítulo V

HACIA EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS ESTABLECIDAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

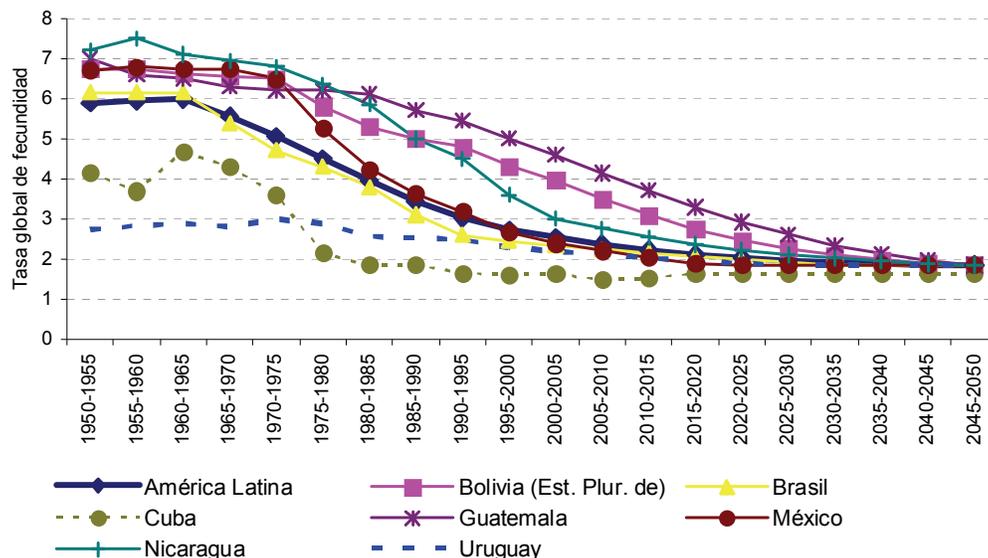
La salud sexual y reproductiva fue reconocida en la CIPD como un derecho universal y quedó establecida como una de las metas de los ODM. Sin garantizar este derecho, no es posible mejorar la salud de la mujer ni conseguir bienestar y estabilidad social. Dada la importancia del tema, en este capítulo se evalúan los avances al respecto. Se describe la situación de la salud sexual y reproductiva sobre la base de los principales indicadores que se han definido para monitorearla y se analizan las brechas que por mucho tiempo han afectado a la región, así como las que van surgiendo en las etapas avanzadas de la transición de la fecundidad.

A. TENDENCIAS RECIENTES DE LA FECUNDIDAD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Tal como se mostró anteriormente, desde la segunda mitad del siglo XX se produjo un marcado descenso de la mortalidad en la región. En el caso de la fecundidad, los cambios también han sido notables y han tenido amplias repercusiones, pues podría decirse que esta variable es la que más ha incidido en la estructura por edad de la población. En América Latina y el Caribe, la tasa global de fecundidad disminuyó de 5,9 hijos por mujer en 1950-1955 a 2,1 en el período 2010-2015, con lo cual se estaría verificando una reducción del 64% que la sitúa en el nivel de reemplazo o inferior (es decir, 2,1 hijos por mujer o menos). Según la hipótesis media de la evolución futura de esta variable (Naciones Unidas, 2008c), ella se mantendrá hasta el final del período de proyección en valores más bajos que el nivel de reemplazo. En el quinquenio que se inicia (2010-2015), 16 de los 36 países de la región que cuentan con estimaciones al respecto presentarían tasas de fecundidad al nivel de reemplazo o inferiores, 18 registrarían tasas ligeramente superiores a él —entre 2,2 y 3,1—, y dos países se situarían con más de un hijo por encima del nivel de reemplazo —3,2 por mujer o más.

En el gráfico V.1 se presenta la evolución de las tasas globales de fecundidad (TGF) en el período 1950-2050 en algunos países que se encuentran en diferentes etapas de la transición demográfica. Se observan distintas trayectorias y una convergencia hacia el nivel de reemplazo, que la mayoría de los países alcanzaría hacia el período final de la proyección. En 2005-2010 se advierten todavía diferencias equivalentes a más de tres hijos entre Cuba y Guatemala, que tienen los valores extremos y registran tasas globales de 1,5 y 4,2 hijos por mujer, respectivamente (CEPAL/CELADE, 2008b).

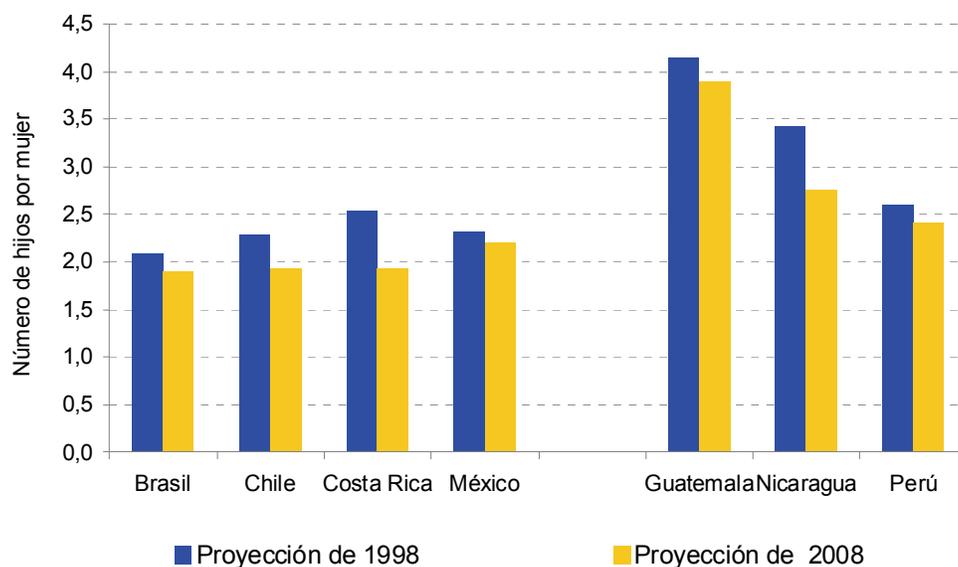
Gráfico V.1
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD EN DISTINTAS ETAPAS DE LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA, 1950-2050
(En número de hijos por mujer)



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL, *Transformaciones demográficas y su influencia en el desarrollo en América Latina y el Caribe* (LC/G.2378(SES.32/14)), Santiago de Chile, 2008.

Esta marcada disminución de la fecundidad en la región siempre ha sido en cierto modo sorpresiva. Al comparar las tasas proyectadas con las observadas, se aprecia que las primeras están por encima de las segundas, lo cual indica que el ritmo de descenso fue superior al previsto. El gráfico V.2 muestra una comparación de la TGF de varios países de la región en el quinquenio 2005-2010 estimada en dos fechas distintas: la proyección que se realizó en 1998 y la revisión de 2008. En ambos casos se tomaron en cuenta las estadísticas vitales, las encuestas demográficas y los censos de población, a fin de obtener una cifra consolidada. Se seleccionaron países cuya fecundidad en los años noventa fue relativamente alta y otros en que alcanzó niveles más bajos. Ambos grupos presentan una marcada disminución de la TGF a lo largo del tiempo y se aprecia que las fuentes posteriores a 1998 condujeron a estimaciones más bajas que las previstas para ese año, situación que se repite en muchos países de la región. En el caso de Costa Rica, la TGF proyectada para el quinquenio 2005-2010 sobre la base de los niveles y tendencias conocidos hasta 1998 era de 2,54 hijos por mujer, pero la observada efectivamente en ese período fue de 1,94, mientras que en Nicaragua las cifras fueron de 3,43 y 2,76 hijos por mujer, respectivamente. Lo mismo ocurrió en países de mayor tamaño de población como el Brasil y México, aunque con una diferencia menos significativa entre las tasas proyectadas y observadas.

Gráfico V.2
AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): ESTIMACIÓN DE LA TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD EN 2005-2010, SEGÚN PROYECCIONES DE 1998 Y 2008



Fuente: CELADE-División de Población de la CEPAL, estimaciones y proyecciones de población, revisiones de 1998 y 2008.

También se han producido cambios en la estructura de la fecundidad según edad, especialmente en las edades extremas del período fértil. En el quinquenio 1950-1955 la fecundidad de las mujeres de 35 años o más representaba el 23% del total, pero en 2000-2005 el peso había disminuido al 14% y seguirá bajando hasta alcanzar el 12% hacia 2050. Este descenso se ha visto y se verá compensado por la fecundidad adolescente, cuya importancia relativa se incrementó, mientras que en las edades centrales del período fértil (de los 20 a los 34 años) se ubicará entre el 67% y el 70% a lo largo del siglo que se extiende desde 1950 hasta 2050 (CEPAL/CELADE, 2008a). La reducción al final del período fértil obedece al deseo de las mujeres de concentrar los nacimientos a ciertas edades, así como a la disminución de los embarazos de alto orden y a la comprensión cada vez mayor de la necesidad de reducir el riesgo de complicaciones maternas, que se incrementan con la edad. El aumento del peso relativo de la fecundidad adolescente se debe a que no ha decrecido al mismo ritmo que la fecundidad de los otros grupos de edad; sin embargo, no está clara la razón por la que se ha generado esta resistencia al descenso.

B. SITUACIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

El concepto de salud sexual y reproductiva es polisémico y complejo. Por esta razón, es posible que organizar su monitoreo también lo sea, aunque existe un relativo consenso sobre los indicadores que permiten hacerlo. En esta sección se describen los avances logrados en relación con las metas establecidas sobre el tema mediante las actividades realizadas en la región. Los aspectos considerados son la fecundidad adolescente, la salud materna, la prevalencia anticonceptiva, la necesidad insatisfecha de planificación familiar y la prevalencia del VIH/SIDA en la población de edad fértil.

1. La fecundidad adolescente

En el quinquenio 2005-2010, la tasa específica de fecundidad de 15 a 19 años a nivel regional era de 69 nacimientos por cada 1.000 mujeres. La de América Latina oscilaba entre 50 por 1.000 en Cuba y Haití y cerca de 115 por 1.000 en Nicaragua, Guatemala y la República Dominicana, y en el Caribe de habla inglesa, francesa y holandesa —excluido Haití—, el rango variaba desde 30 por 1.000 en Martinica hasta 79 por 1.000 en Belice. De acuerdo con las estimaciones regionales, la tasa de fecundidad adolescente ha decrecido —en 1950-1955 era de 100 nacimientos por cada 1.000 mujeres—, pero su ritmo de descenso ha sido mucho menor que el de la fecundidad total. Así, mientras que la fecundidad adolescente disminuyó un 37% entre mediados del siglo pasado y comienzos del presente (1950-1955 a 2005-2010), la fecundidad total lo hizo un 63%. Esta diferencia trajo como consecuencia un aumento del peso relativo de la fecundidad adolescente con respecto a la fecundidad total: en el quinquenio 1950-1955, ocho de cada 100 nacimientos provenían de mujeres de 15 a 19 años, pero en 2005-2010 ya son 14 por 100 (CEPAL/CELADE, 2008b y 2009).

Como se comentó en el caso de otros indicadores, el promedio regional engloba situaciones disímiles, y esta no es la excepción, pues según las encuestas hubo países como el Brasil, Colombia, el Ecuador y el Estado Plurinacional de Bolivia que registraron un aumento de la tasa de fecundidad adolescente desde la última década del siglo XX hasta la primera del siglo XXI (Rodríguez, 2009).

Desde el punto de vista socioeconómico, la fecundidad adolescente es marcadamente desigual. Más aún, es probable que su disminución ha ocurrido en un grupo importante de jóvenes que tienen los recursos para lograrlo —es decir, para acceder a la educación sexual y a servicios adecuados de salud reproductiva, entre otros elementos—, acentuando así la brecha respecto de aquellas que cuentan con menos recursos y oportunidades para conseguir un alto nivel educativo y un trabajo bien remunerado.

Las brechas de acceso a la información y los servicios en esta materia obedecen principalmente a las diferencias socioeconómicas, pero se hacen mucho más evidentes cuando se observa el comportamiento reproductivo según el nivel educacional. Al considerar la proporción de madres, que según Jiménez y Rodríguez (2009) es un indicador más sensible que la tasa específica, se aprecia que, en efecto, la tasa de fecundidad adolescente de las jóvenes de menor educación formal puede ser hasta casi seis veces mayor que la correspondiente a aquellas que poseen estudios secundarios o más (véase el cuadro V.1). Cabe mencionar que en la región se ha registrado un aumento importante del nivel educativo de las niñas, de manera que los grupos de baja educación son cada vez más pequeños y en ocasiones las muestras resultan insuficientes para los efectos de comparación.

Como se dijo, también hay diferencias en la fecundidad adolescente según los quintiles de riqueza (véase el cuadro V.2): una joven cuyo hogar pertenece al quintil de menor riqueza tiene hasta seis veces más fecundidad que una del quintil superior y esta disparidad ha llegado a ser cerca de 10 veces más alta, como ocurrió en 2000 en el Perú. De acuerdo con esta segmentación, la brecha socioeconómica de la fecundidad adolescente —el cotejo entre los quintiles extremos de riqueza— se redujo en tres países y aumentó en dos. Si bien esto representa un avance respecto de la tendencia masiva de aumento de la brecha encontrada en estudios anteriores (CEPAL, 2005), aún está lejos de ser una tendencia generalizada al descenso. Por lo tanto, hay que redoblar las iniciativas y los arreglos institucionales destinados a proteger los derechos sexuales y reproductivos de los jóvenes, pues tienen como subproducto previsto y positivo la reducción de la fecundidad adolescente, en especial de los grupos más vulnerables.

Cuadro V.1
**AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): PROPORCIÓN DE MUJERES DE 15 A 19 AÑOS
 QUE SON MADRES, SEGÚN NIVEL EDUCATIVO, 1998-2008**
 (En porcentajes)

Nivel educativo	Bolivia (Estado Plurinacional de)		Colombia		República Dominicana		Haití		Perú ^a	
	1998	2003	2000	2005	2002	2007	2000	2005-2006	2000	2007-2008
Sin educación	40,1	36,4	45,5	36,6	55,7	46,1	41,4	24,4	36,9	58,0
Primaria	23,9	20,8	28,3	35,8	28,4	25,7	13,9	14,2	22,9	27,3
Secundaria o más	7,4	7,7	11,3	12,6	10,9	11,3	7,1	6,7	7,2	8,4
Brecha ^b	5,4	4,7	4,0	2,9	5,1	4,1	5,8	3,6	5,1	6,9

Fuente: Macro International Inc., “MEASURE DHS STATcompiler” [en línea] <http://www.measuredhs.com> [fecha de consulta: 5 de diciembre de 2009]; Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), PERÚ. *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) Continua 2007-2008*, Lima, 2009.

^a En la encuesta ENDES de 2007-2008 se registraron solo ocho casos en la categoría “sin educación”.

^b Calculada como el número de veces que el mayor valor contiene al menor.

Cuadro V.2
**AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): PROPORCIÓN DE MUJERES DE 15 A 19 AÑOS
 QUE SON MADRES, SEGÚN QUINTILES DE RIQUEZA, 1998-2008**
 (En porcentajes)

Quintiles de riqueza	Bolivia (Estado Plurinacional de)		Colombia		República Dominicana		Haití		Perú	
	1998	2003	2000	2005	2002	2007	2000	2005-2006	2000	2007-2008
Quintil inferior	22,9	24,8	25,6	25,2	34,0	30,5	17,0	19,2	26,3	28,1
Segundo quintil	18,6	17,4	23,5	21,0	27,4	23,1	9,6	12,4	17,2	15,7
Tercer quintil	12,3	11,9	16,1	17,3	19,9	14,4	19,8	13,1	8,6	15,2
Cuarto quintil	8,4	10,9	7,0	10,4	12,0	11,3	17,5	11,4	5,6	7,0
Quintil superior	4,7	5,5	6,8	8,5	6,6	5,7	8,0	6,2	2,7	4,3
Brecha ^a	4,9	4,5	3,8	3,0	5,2	5,4	2,1	3,1	9,7	6,5

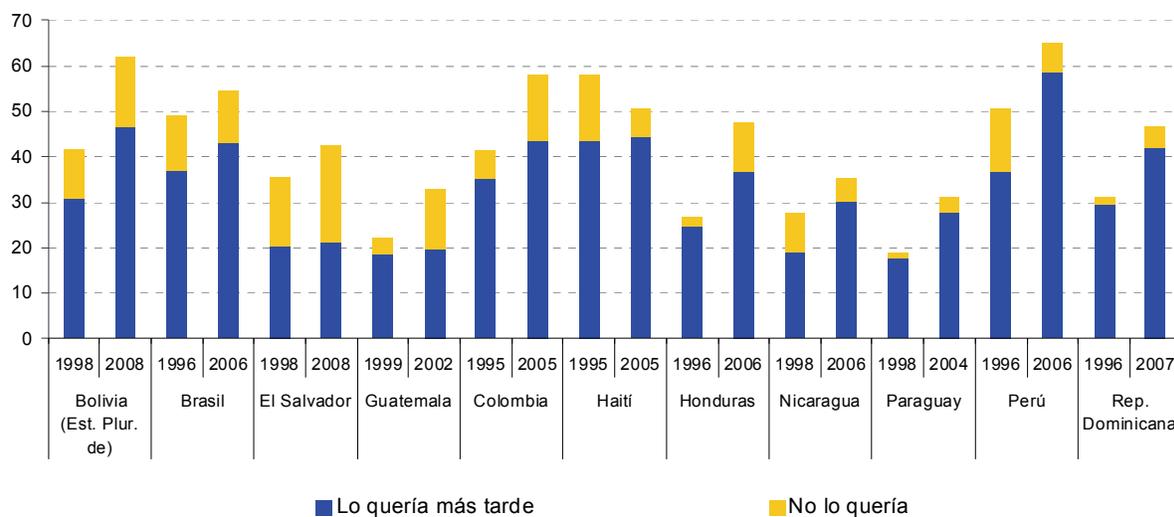
Fuente: Macro International Inc., “MEASURE DHS STATcompiler” [en línea] <http://www.measuredhs.com> [fecha de consulta: 5 de diciembre de 2009]; Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), PERÚ. *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) Continua 2007-2008*, Lima, 2009.

^a Calculada como el número de veces que el mayor valor contiene al menor.

Otro elemento importante de analizar es la frecuencia con que los hijos de madres adolescentes han sido deseados. Según las encuestas de las dos últimas décadas, en 11 países de la región ha disminuido la proporción de hijos de madres de 15 a 19 años que los deseaban cuando quedaron embarazadas y, en compensación, se ha incrementado el número de los que no eran deseados en ese momento —aunque sí más avanzado el ciclo vital de la madre— o que nacieron de madres que no querían tener hijos (véase el gráfico V.3). Este incremento de la proporción de nacimientos no deseados puede interpretarse como una mayor conciencia de las jóvenes sobre las implicaciones de la maternidad temprana y también como una percepción de que existen otras opciones de vida, todo lo cual puede

derivar en un descenso de la fecundidad adolescente y al mismo tiempo en una mayor propensión al uso de métodos anticonceptivos, razón suficiente para que las instituciones adecúen sus servicios a las necesidades de los adolescentes.

Gráfico V.3
AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): PROPORCIÓN DE NACIMIENTOS NO DESEADOS DE MADRES ADOLESCENTES, 1995-2008
 (En porcentajes)



Fuente: Macro International Inc., “MEASURE DHS STATcompiler” [en línea] <http://www.measuredhs.com> [fecha de consulta: 7 de marzo de 2010].

2. La salud materna

La mortalidad materna permanece inaceptablemente elevada en la mayoría de los países de la región, con lo cual el logro de la meta 5A del quinto ODM, orientada a reducir las muertes maternas, es el que presenta menos avances (CEPAL/CELADE y UNFPA, 2009b). Además, la evaluación de los progresos en torno a este objetivo se dificulta porque el indicador que se usa para ello —la razón de mortalidad materna (RMM)— es altamente impreciso debido a la fragilidad de los datos básicos y al cambio que se viene operando en la composición del denominador (los nacidos vivos). De esta forma, la RMM está incluso sujeta a aumentos, sin que ello signifique necesariamente un deterioro estructural de los servicios de salud materna²⁰. No obstante, la magnitud absoluta de las cifras es algo que no puede obviarse: en la región estarían ocurriendo alrededor de 15.000 defunciones de mujeres en plena edad reproductiva (OMS, 2007d), lo cual es motivo de preocupación y revela la necesidad apremiante de adoptar medidas adicionales.

²⁰ Hay diversos factores que afectan la confiabilidad de las estadísticas sobre muertes maternas, especialmente la detección deficiente y el subregistro de ellas. Ambos son elevados, porque la mortalidad materna ocurre sobre todo entre las mujeres pobres y de poblaciones vulnerables, discriminadas por su condición étnico-racial, o debido a situaciones como el aborto, que en la mayoría de los países de la región se ocultan a causa de su ilegalidad (Bergsj, 2001).

Al igual que la fecundidad adolescente, la mortalidad materna está estrechamente vinculada a las condiciones sociales. En especial, es preocupante la situación que experimentan países como el Ecuador, el Estado Plurinacional de Bolivia, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras y el Perú, donde la RMM se sitúa por sobre las 200 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. Este escenario supone un desafío que llama la atención sobre la eficacia e intensidad de las políticas aplicadas y exige redoblar los esfuerzos por lograr mejoras en este campo, prioritario desde el punto de vista de los derechos.

Es preciso registrar también el hecho positivo de la disminución de más del 40% de las muertes que obedecen al aborto inseguro en los años más recientes (OMS, 2004b y 2007c), lo que indicaría que se han producido mejoras en los servicios de salud.

El nivel de cobertura regional de la asistencia prenatal —medida en función de la proporción de gestantes que realizaron al menos una visita de control prenatal— es razonable, lo que contribuye a que las mujeres tengan menos episodios inesperados al momento del parto que, como se sabe, es el más crítico. Sin embargo, un indicador más exigente como la proporción de mujeres embarazadas que tuvieron al menos cuatro consultas prenatales sugiere que en América Latina y el Caribe todavía hay un déficit significativo en materia de acceso a la salud reproductiva. En efecto, entre los países de que se dispone de información al respecto, apenas uno supera la marca del 90% de cobertura (la República Dominicana) y otros dos (el Brasil y el Perú) se aproximan a este valor. Cabe mencionar que el Perú y Haití fueron los de mayor incremento de las atenciones prenatales desde fines de los años noventa del siglo pasado hasta la fecha; también es preciso destacar a Colombia y el Paraguay, debido a los avances relativamente importantes en este ámbito.

En el período reciente también se han conseguido algunos logros en cuanto a reducción de las brechas sociales. Se advierte, por ejemplo, una tendencia a la disminución de las disparidades en materia de atención del embarazo por profesionales de salud entre los diferentes grupos sociales, aunque de todos modos sigue siendo injusta. Al examinar el caso del Estado Plurinacional de Bolivia se constata que en 1998, por cada 10 mujeres con educación secundaria o superior, había apenas 4 sin educación formal que accedían a este servicio. En 2003 la brecha se redujo, pero aún era significativa, con una razón de 10 a 7 (Macro International Inc., 2009).

Los niveles de mortalidad materna y de atención recibida durante el parto demuestran que, si bien hubo avances, persisten importantes inequidades en materia de salud. Las acciones nacionales al respecto han sido numerosas, pero deben intensificarse los esfuerzos por lograr que estas brechas inaceptables desaparezcan, priorizando la identificación de los segmentos poblacionales en riesgo. Las intervenciones de envergadura nacional en que no se haga esta distinción seguramente se traducirán en un desperdicio de recursos, pues no se identificará a los grupos que más necesitan apoyo.

Finalmente, es muy importante subrayar que el tema prioritario de la región en materia de salud materna es mejorar la calidad de los servicios de salud, en particular las atenciones obstétricas de emergencia. Otro aspecto clave es el perfeccionamiento de las estadísticas vitales y el monitoreo de la información generada en el sistema de salud.

3. La prevalencia anticonceptiva y la demanda insatisfecha de planificación familiar

La información disponible, posterior a 2005, muestra que la prevalencia de todos los métodos anticonceptivos en América Latina es relativamente elevada, situándose en torno al 75% tanto en los países de gran tamaño poblacional —el Brasil (2006), Colombia (2005) y México (2006)— como en aquellos de menor número relativo de habitantes —El Salvador (2007), Nicaragua (2007) y el Paraguay (2008).

Una peculiaridad importante de la práctica anticonceptiva latinoamericana es su perfil de brechas menos acentuadas que en otros ámbitos de la salud sexual y reproductiva. La prevalencia anticonceptiva en el caso del Brasil, por ejemplo, oscila entre el 75% y el 82% de las mujeres de mayor y menor educación formal. Sin embargo, en los países más pobres como el Estado Plurinacional de Bolivia, las disparidades según nivel educativo son significativas: las mujeres que han cursado menos años de estudios que usan anticonceptivos representan la mitad de aquellas con más educación formal que lo hacen.

En el Brasil habría ocurrido un proceso de homogeneización importante que alcanzó principalmente a los estratos sociales menos favorecidos y que incluyó tanto a los hombres como a las mujeres. Según la *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher*, realizada en 2006, el uso de la anticoncepción masculina alcanzó los dos dígitos por primera vez en ese país (Perpétuo y Wong, 2009). Esta homogeneización también se ha dado en México, donde la anticoncepción aumentó proporcionalmente más en las áreas rurales, las mujeres sin educación y las poblaciones indígenas (Mendoza, 2009).

La heterogeneidad aún existente en materia de uso de anticoncepción obedecería a un contexto socioeconómico también heterogéneo. Estudios como el de Stupp, Daniel y Daniels (2009) indican que las recientes convergencias de la prevalencia anticonceptiva, al menos en Centroamérica, están vinculadas a las mejoras sociales ocurridas en los sectores menos favorecidos. También se advierte diversidad en el tipo de métodos anticonceptivos utilizados, como es de prever cuando se trata de un conjunto amplio y diversificado de poblaciones. En el Brasil, México y la República Dominicana prevalecen los métodos modernos y eficaces como la anticoncepción hormonal y la esterilización, mientras que los países en que se usa una proporción importante de métodos tradicionales son básicamente aquellos de la región andina.

El grado de demanda insatisfecha de métodos de planificación familiar ha disminuido en la gran mayoría de los países de la región, alcanzando valores del 6% al 15%; también se ha reducido la brecha al respecto entre los diferentes sectores sociales, tanto según zona de residencia como nivel de educación (CEPAL/CELADE y UNFPA, 2009b).

La situación de los países de que se dispone de información es heterogénea. A pesar de los avances, de continuar las tendencias observadas solo el Ecuador, El Salvador y Nicaragua llegarían a cumplir la meta planteada en el Plan de Acción Regional Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo de reducir a la mitad la demanda insatisfecha de métodos de planificación familiar. Debe recordarse que la mayor demanda insatisfecha de planificación familiar no significa necesariamente que haya menos oferta de anticonceptivos, sino que depende también de las motivaciones que tengan las parejas para evitar el embarazo, que pueden acentuarse sea porque las mujeres tienen más oportunidades alternativas a la maternidad o porque la situación socioeconómica torna más difícil tener (más) hijos.

La iniciativa internacional Programa Global de Aseguramientos de Insumos para la Salud Reproductiva ha tenido gran relevancia en la región, pues ha proporcionado una estructura con enfoques

racionales, planificados y sostenibles para asegurar el uso de la anticoncepción²¹. Disminuir la brecha entre la demanda y oferta de métodos anticonceptivos es un reto pendiente en América Latina y el Caribe, que forma parte de uno mayor: eliminar las diferencias en materia de ejercicio de los derechos reproductivos y acceso a la salud sexual y reproductiva.

4. Los avances en materia de VIH/SIDA²²

En 2006 se produjeron 65.000 muertes a causa del SIDA en la región y 1,7 millones de personas vivían con la enfermedad en esa fecha, de las cuales un tercio eran mujeres. La transmisión del VIH en América Latina y el Caribe revela dos perfiles epidémicos: de “epidemia persistente” y de “nueva epidemia”. Esta última se caracteriza por un incremento del VIH en todas las subpoblaciones, lo que es altamente preocupante, mientras que la epidemia persistente se circunscribe a los hombres que tienen sexo con hombres, los trabajadores sexuales de ambos sexos y, en el Cono Sur, los usuarios de drogas intravenosas (UNFPA, 2007).

Como nota positiva en este ámbito destaca un importante avance regional como resultado de la expansión del acceso a la terapia antirretroviral. El Brasil —cuyo modelo ha sido adoptado por otros países— ha alcanzado logros excepcionales y en la Argentina, Chile, Costa Rica, Cuba, México, Panamá, la República Bolivariana de Venezuela y el Uruguay hay un acceso considerablemente alto al tratamiento. El reto de ampliar este acceso está planteado para los países más pobres.

En un plano más general, los avances de la región podrían convertirla en la primera del mundo en lograr los compromisos acordados en el Programa de Acción de la CIPD y los ODM en esta materia. La mayoría de los países ha manifestado su compromiso político con el tema y presenta una mayor coordinación entre los actores involucrados (UNFPA, 2007). Sin embargo, hay algunas deficiencias: en gran parte de los planes nacionales de lucha contra el VIH/SIDA de Centroamérica no se ha incluido la perspectiva de género (UNIFEM, 2007), los programas de prevención no están llegando a quienes corren mayor riesgo y la prevención es aún el componente más débil de las respuestas nacionales al VIH en toda la región (UNFPA, 2007). Por otra parte, siguen siendo insuficientes los esfuerzos por aumentar el conocimiento de los jóvenes sobre el SIDA; el estigma y la discriminación todavía son generalizados, en especial respecto de ciertos grupos como las minorías sexuales o las mujeres que viven con el VIH, a los que con frecuencia se les niegan sus derechos, incluidos los reproductivos, y la respuesta al SIDA no se fundamenta mayormente en la promoción, protección y respeto de los derechos humanos. Profundizar el compromiso político y su expresión en recursos financieros es una condición necesaria para lograr mayores avances en el tema.

²¹ Los países que forman parte de esta iniciativa son Costa Rica, el Ecuador, el Estado Plurinacional de Bolivia, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, Panamá, el Paraguay, el Perú, la República Bolivariana de Venezuela, la República Dominicana, el Uruguay y la subregión del Caribe. Las organizaciones de apoyo que participan son la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF), el Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia (CLAE), la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), el Proyecto DELIVER, la Iniciativa de Creación de Políticas de Salud (HPI, por su denominación en inglés) y el UNFPA.

²² En esta sección del capítulo se incluyen, y en algunos casos se reproducen, algunos textos del CELADE-División de Población de la CEPAL sobre la materia.

5. La persistencia de algunas brechas y el surgimiento de otras

En general, las evidencias presentadas revelan logros importantes en materia de salud sexual y reproductiva, aunque no se vislumbra aún un pleno acceso a ella. La mortalidad materna y la fecundidad adolescente presentan niveles mucho más elevados de los que cabría esperar a la luz de los índices promedio de mortalidad y fecundidad, no han dado muestras de descenso sostenido y sus niveles son mucho más altos entre las mujeres pobres, de menor nivel educativo e indígenas. En relación con el vínculo entre adolescencia y salud reproductiva, se ha señalado que “en América Latina y el Caribe, la difusión de información y el acceso a la salud sexual y reproductiva entre los jóvenes continúa siendo insuficiente y muestra marcadas diferencias por sectores sociales” (CEPAL/CELADE y UNFPA, 2009b).

En el caso de la mortalidad materna resulta preocupante que los altos niveles de atención institucional del parto, una acción clave para reducirla, no hayan tenido efecto suficiente. Aunque el número de defunciones maternas a causa de abortos inseguros se haya reducido —entre otras medidas, gracias a los programas específicos de cuidado después de ellos—, hace falta una orientación consistente sobre anticoncepción y que se integre a las mujeres que tuvieron abortos de este tipo a los servicios de salud reproductiva.

Si bien el aumento de la prevalencia anticonceptiva es favorable, no basta para cubrir la necesidad de planificación familiar. Esta habría aumentado proporcionalmente más que el uso de métodos anticonceptivos, con lo cual la disminución de la demanda insatisfecha se aleja de las metas fijadas.

Pese a los esfuerzos nacionales por alcanzar las metas en materia de salud sexual y reproductiva y la gran voluntad social de disminuir las inequidades al respecto, la llamada “brecha de implementación” para llevar a cabo las propuestas —es decir, la distancia entre la declaración o incluso formalización de un propósito y la aplicación de medidas concretas para lograr los resultados— es la más difícil de cruzar.

En estas circunstancias se constata que, incluso a pesar del acceso insuficiente de hombres y mujeres a la salud sexual y reproductiva, la fecundidad —indicador de resultado del comportamiento reproductivo— continúa bajando en la región. Considerando indicadores adversos como una fecundidad adolescente cuyos niveles se mantienen entre los más altos del mundo, una mortalidad materna que no ha disminuido en forma significativa y una demanda insatisfecha de planificación familiar que está lejos de desaparecer, cabe plantearse cuáles son las condiciones en que las parejas controlan su fecundidad al punto que se logra el descenso mencionado.

Desde el punto de vista de los derechos reproductivos es importante conocer las tendencias de la fecundidad, pues se sabe que la meta de una proporción significativa de la población es tener una prole pequeña. Así, es posible que una disminución de la fecundidad más acentuada de lo previsto, como la observada en América Latina, sea el reflejo de un amplio acceso a métodos modernos y eficaces de anticoncepción, así como de avances hacia el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva. Pero considerando la heterogeneidad socioeconómica tradicional de la región, también podría implicar una manifestación más profunda de las brechas sociales, es decir, el surgimiento de brechas en el extremo opuesto de la escala de bienestar.

También es importante evaluar las tendencias recientes de la fecundidad a fin de identificar el escenario más probable del proceso reproductivo de la región a corto y mediano plazo. Si persiste la disminución y se registran muy bajos niveles de fecundidad, los gobernantes se preocuparán por la despoblación —lo que ya ocurre en Cuba— y se repensarán las estrategias que permitan modificar esta tendencia. Las políticas orientadas a administrar la compleja realidad social implícita en dichos niveles

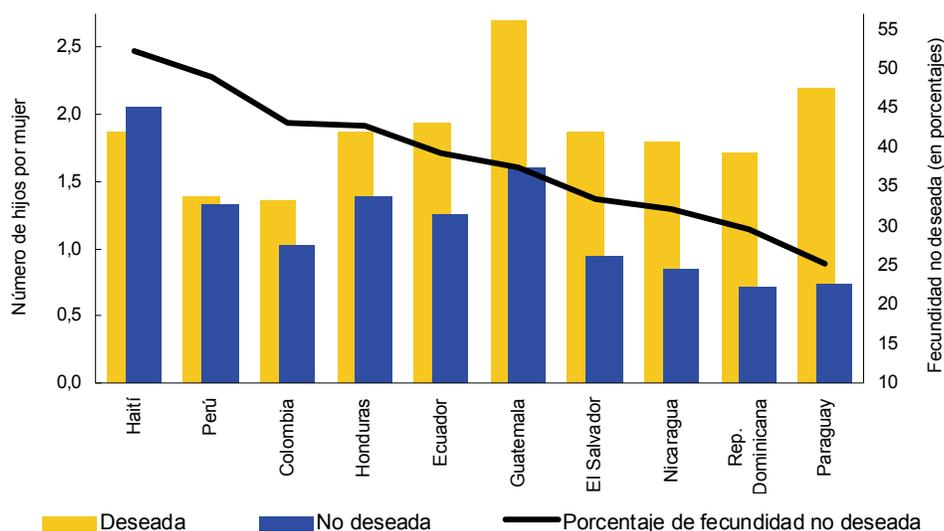
deberían necesariamente ser rediseñadas²³, con lo cual se corre el riesgo que los derechos reproductivos pasen a ocupar un papel secundario como ya ha ocurrido en varios países del Asia sudoriental (Jones, Straughan y Chan, 2009).

La fecundidad deseada y no deseada, expresión de las preferencias reproductivas, son aspectos de gran interés porque revelan hasta qué punto la fecundidad se reduciría o aumentaría si las mujeres pudieran concretar dichas preferencias. Este indicador se usa también para prever el potencial de disminución de la fecundidad real, como ya se planteó en el caso de la fecundidad adolescente, y refleja bastante bien el grado de empoderamiento de la mujer en el tema del tamaño deseado de su familia. Por último, la fecundidad no deseada es un indicador de la ausencia de medios para implementar las preferencias reproductivas. Además, suele ser bastante diferenciada según estratos socioeconómicos, reconociéndose que a menudo son las mujeres más vulnerables quienes presentan la mayor proporción de embarazos no deseados.

Del gráfico V.4, que ofrece una visión integral de la magnitud de la fecundidad no deseada en América Latina, se desprende que prácticamente ninguno de los países tiene una fecundidad deseada superior a la correspondiente al nivel de reemplazo, siendo fácil encontrar algunos en que el componente no deseado de la fecundidad todavía es superior al 35%. En Haití, por ejemplo, la fecundidad no deseada representa más del 50% de la fecundidad total.

Pese a que la tasa global de fecundidad se ha reducido, el hecho de que su componente “deseado” haya decrecido en forma similar al “no deseado” hace que la representatividad de este último no disminuya. En otras palabras, una proporción significativa de la fecundidad actual continúa siendo no deseada.

Gráfico V.4
AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): TASAS GLOBALES DE FECUNDIDAD DESEADA Y NO DESEADA, ALREDEDOR DE 2005



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de población de la CEPAL, sobre la base de datos de J. B. Casterline y M. J. A. Adams, “Unwanted fertility in Latin America: historical trends, recent patterns”, documento presentado en la reunión de la Population Association of America, 30 de abril a 2 de mayo de 2009, pág. 26.

²³ Al respecto, véase por ejemplo Baochang (2009).

Otro aspecto relacionado con el logro de las preferencias reproductivas que debe considerarse en un contexto de descenso acelerado de la fecundidad es la correlación entre el tamaño ideal de la familia y el número real de hijos nacidos vivos²⁴. Para discutir este aspecto se analiza el grupo de mujeres de 40 a 49 años, en que se estaría casi concluyendo el período reproductivo, a fin de minimizar sesgos conocidos de racionalización como el hecho de que las madres adecúen el número deseado de hijos al que efectivamente tuvieron²⁵. El gráfico V.5 muestra la evolución temporal de esta relación en países que se encuentran en fases diferentes de la transición de la fecundidad.

Aunque se mantiene la relación inversa entre paridez y bienestar socioeconómico, el vínculo con el número ideal de hijos es bastante menos evidente. Además, hay casos en que el número ideal de hijos es mayor que la paridez, lo que por lo general sucede entre las mujeres de alto índice de riqueza del hogar (IRH) y más claramente en años recientes. Esta característica, como se sabe, viene presentándose en las sociedades postransicionales y existe información sobre este fenómeno, al menos desde comienzos de los años noventa del siglo pasado (Bongaarts, 2001).

Mientras que entre los grupos más pobres la diferencia entre ambos indicadores se traduce en un número de hijos tenidos mayor que el deseado, en otros estratos la fecundidad real es inferior a la deseada. Esta situación ya fue detectada por la CEPAL, reconociendo que los derechos reproductivos pueden no ser respetados tanto en los segmentos pobres como en los ricos, aun cuando esto ocurra por razones diferentes y con consecuencias distintas (CEPAL, 1998). En general, este tipo de diferencias ha surgido con más frecuencia en América Latina y el Caribe en períodos recientes.

Al parecer, en la región se ha mantenido una activa presencia del aborto. Medir la incidencia del aborto inducido en América Latina es y será un desafío mientras los aspectos legales, culturales y morales interfieran en las decisiones y acciones de la mujer para interrumpir el embarazo²⁶. Aun así, se estima que el número de abortos inseguros, tal como los define la OMS (OMS, 1992), habría aumentado desde alrededor de 3,7 millones en 2000 hasta 3,9 millones en 2003 (OMS, 2004b y 2007c).

A pesar del rigor metodológico implícito en las investigaciones de la OMS, no deja de ser difícil precisar la tendencia de este fenómeno, en parte debido a la continua mejora de calidad de los datos, pues el aumento numérico solo podría indicar una subenumeración en períodos anteriores. Por otra parte, cabe mencionar que los denominadores utilizados para calcular la incidencia del aborto según se trate de razones o tasas han venido experimentando cambios marcados. Así, la comparación anual del número de abortos y nacimientos —este último en disminución— sugiere un aumento de la razón del aborto inseguro. Similar conclusión se aplica a la tasa de abortos inseguros. Su incidencia, de cualquier manera, es relativamente alta en América Latina. Las estadísticas de la OMS revelan una proporción de 30 abortos inseguros por cada 100 nacidos vivos y existen datos nacionales que corroboran esta estimación²⁷.

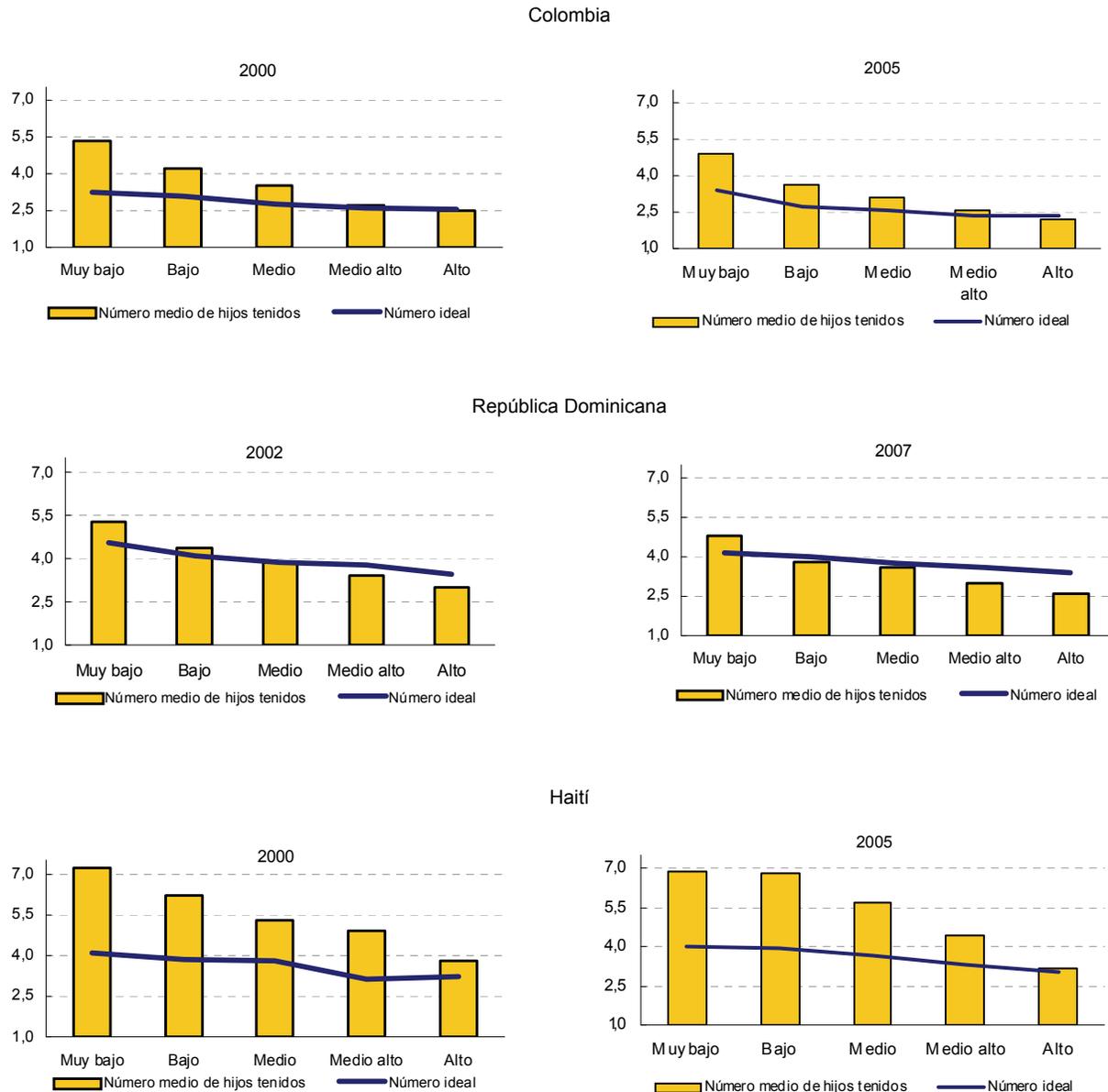
²⁴ El número ideal de hijos es un concepto complejo y existen algunas controversias sobre su interpretación, dado que puede incluir valores religiosos, sociales y culturales que influyen en las respuestas de los entrevistados. Según Hagewen y Morgan (2005), puede interpretarse como el número preferido de hijos de una familia hipotética en un entorno no muy bien definido, pero con el cual se identificaría la persona entrevistada.

²⁵ Es importante enfatizar que, pese a los cambios o continuidades en la opinión sobre la fecundidad deseada, es posible identificar cohortes jóvenes que informan un número deseado de hijos inferior al de las mujeres que cinco años antes tenían la misma edad. Esto indicaría que, más allá del efecto de racionalización, las mujeres más jóvenes están deseando tener menos hijos.

²⁶ Vigoya (1997) contiene una revisión bastante amplia de los aspectos éticos y socioculturales del aborto inducido.

²⁷ En el Brasil, los abortos representarían entre el 35% y el 40% del total de nacimientos vivos. En México, las cifras correspondientes oscilan entre el 37% y el 52%, o un aborto inducido cada 2,3 nacimientos vivos (Juárez y otros,

Gráfico V.5
COLOMBIA, REPÚBLICA DOMINICANA Y HAITÍ: PROMEDIO IDEAL Y EFECTIVO DE HIJOS NACIDOS VIVOS EN MUJERES DE 40 A 49 AÑOS, SEGÚN ÍNDICE DE RIQUEZA DEL HOGAR, 2000-2007



Fuente: Macro International Inc., "MEASURE DHS STATcompiler" [en línea] <http://www.measuredhs.com> [fecha de consulta: 15 de diciembre de 2009].

2009). En la Argentina se ha estimado que el 37% de los embarazos puede terminar en aborto inducido y de acuerdo con algunos estudios la probabilidad sería de un aborto por cada nacido vivo (Steele y Chiarotti, 2004).

C. LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS

Los tópicos desarrollados en las secciones anteriores permiten sustentar la hipótesis que en América Latina y el Caribe la fecundidad ha disminuido mucho más de lo previsto; los datos recientes sobre postergación de la maternidad concuerdan con esta hipótesis. También confirman que el deseo de tener un menor número de hijos, aun en presencia de una disminución de la fecundidad, es compatible con una proporción significativa de fecundidad no deseada.

El aumento simultáneo de la anticoncepción moderna y del aborto inseguro es aparentemente contradictorio de acuerdo con la experiencia europea y de países donde la fecundidad se ha estabilizado (Marston y Cleland, 2003). Sin embargo, en el caso de América Latina y el Caribe, que aún experimenta una acentuada disminución de ella, hay otro aspecto a considerar: la variación de la relación entre fecundidad deseada y no deseada. *“The counterintuitive parallel rise in abortion and contraception is that desired family sizes were changing rapidly and that increased contraceptive use alone was unable to meet the growing need for fertility regulation”* (Marston and Cleland, 2003).

De esta forma, lo que estaría ocurriendo en América Latina y el Caribe es que la demanda de familias más pequeñas ha aumentado más que la oferta de servicios de planificación familiar. Esa demanda estaría siendo atendida mediante la recurrencia al aborto inseguro. Se ha constatado que hay un deseo de tener y concretar una familia de tamaño reducido, aunque el número ideal de hijos pueda ser mayor. El mensaje detrás de estas observaciones tiene que ver, casi indudablemente, con graves deficiencias en los servicios de salud sexual y reproductiva y, por ende, con una flagrante violación de los derechos reproductivos.

Finalmente, aunque la imposibilidad de implementar las preferencias reproductivas conduce, la mayoría de las veces, a tener más hijos que los deseados, en muchas ocasiones se relaciona también con la impotencia de no poder tener todos los hijos que se quieren. En ambos casos, la sociedad niega los medios para equiparar la fecundidad real con la fecundidad deseada, obstaculizando así el más elemental de los derechos reproductivos.

Si bien el acceso a la salud sexual y reproductiva ha mejorado considerablemente desde la realización de la CIPD, y en promedio las acciones nacionales han sido exitosas, la persistencia de inequidades es una clara demostración que los derechos reproductivos continúan siendo violentados. Además de los adolescentes, las personas que viven con VIH/SIDA o las mujeres que quieren regular su fecundidad, hay otros grupos que ven amenazados sus derechos sexuales y reproductivos cuando esas desigualdades se combinan con otros factores. Es el caso de las poblaciones migrantes, sobre todo si las condiciones en que se produce el movimiento migratorio suponen desplazamientos forzados, en situación de irregularidad u otras razones que incrementan su vulnerabilidad (véase el recuadro V.1).

En el heterogéneo contexto latinoamericano, las líneas de acción deben centrarse ahora en la eliminación de las diferencias a fin de garantizar estos derechos. Es posible, dada la experiencia adquirida en los últimos años sobre la relación entre los múltiples propósitos existentes y los mecanismos institucionales y legales disponibles para lograrlos, que la mayor de todas las brechas sea la de implementación. Si se quieren mejores resultados en la eliminación de las brechas sociales, debe dársele prioridad a las políticas focalizadas.

Recuadro V.1
**DERECHOS Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LA POBLACIÓN MIGRANTE:
 UNA DELICADA ECUACIÓN EN LAS FRONTERAS**

La compleja problemática de la migración internacional y su relación con las condiciones para promover y garantizar los derechos humanos de los migrantes y el acceso a la salud sexual y reproductiva es palmaria en las zonas fronterizas de la región. Allí se propician la vulnerabilidad y la exposición a los riesgos que afectan a las poblaciones móviles, en especial a las mujeres —la violencia contra ellas es un claro ejemplo— y los jóvenes.

Hay tres aspectos que hacen más factible la exposición, expansión y propagación de enfermedades de transmisión sexual entre la población migrante que se desplaza por estos espacios fronterizos y que dificultan al mismo tiempo la promoción y defensa de los derechos humanos, incluidos los sexuales y reproductivos:

- i) El comportamiento sexual y reproductivo de la población migrante o de aquella que muestra una gran movilidad geográfica. Existen prácticas sexuales sin protección, dificultad de acceso a los servicios de salud, desconocimiento e infravaloración del riesgo de contagio y una serie de prejuicios, tabúes y estigmas socioculturales que pesan sobre la enfermedad y sus portadores.
- ii) Las características del modo en que se realiza el proceso migratorio y que toman mucho más escurridizo el tema. Se detecta un alto porcentaje de migrantes sin documentación en regla, patrones migratorios cíclicos o temporales que generan una mayor movilidad y diversificación del fenómeno, violaciones y vulneración de los derechos humanos de las personas durante el viaje y la práctica del comercio sexual como estrategia de sobrevivencia.
- iii) Las dificultades de inserción y los problemas o cambios que afrontan en el lugar de destino, que se traducen en la incorporación de prácticas de riesgo. Los principales fenómenos identificados al respecto son la liberalización de las prácticas sexuales, las situaciones laborales y de residencia precarias y las dificultades para acceder a las campañas de protección y prevención (Canales y otros, 2009).

En los últimos años se ha puesto de manifiesto la necesidad de cambiar el enfoque mediante el cual se estudian, analizan y diseñan las actuaciones en materia de ITS y VIH/SIDA. Existen recomendaciones en el sentido de ampliar la perspectiva empleada, incorporando a los enfoques de corte epidemiológico tradicional no solo el de los derechos humanos —desarrollado principalmente en la primera mitad de la presente década y auspiciado por los organismos internacionales que trabajan en el tema—, sino también un punto de vista más contextual, que atienda a las condiciones de inequidad, discriminación y pobreza que convierten a esta población en un colectivo vulnerable ante la diseminación y contagio del virus y el desarrollo de la enfermedad.

Las regiones fronterizas son zonas que poseen un considerable rezago en materia de desarrollo económico y social. En concreto, suelen tener peores indicadores sociales y económicos que otras áreas del país, el promedio nacional pertinente, o ambos. Asimismo, esta distancia social y económica que las separa de la situación del país en general contribuye a acercarlas entre sí. De esta forma, en los espacios fronterizos se manifiesta una especie de convergencia local y regional, en el marco de una divergencia y distanciamiento nacional.

En el plano normativo, los instrumentos jurídicos del derecho internacional y las legislaciones nacionales han ido reconociendo paulatinamente estas problemáticas de la migración, aunque con distintos ritmos y profundidades. No obstante, el principal obstáculo de las políticas públicas enfocadas en la salud sexual y reproductiva de los migrantes fronterizos es la falta de coordinación con los gobiernos locales, unido a la tradicional debilidad del Estado en este tipo de regiones.

En cuanto a la acción gubernamental, la mayoría de las iniciativas de políticas orientadas a la población migrante en materia de salud han operado de manera desarticulada en los diferentes niveles —local, provincial o estadual y nacional—, lo que se traduce en respuestas fragmentarias. Es preciso, por lo tanto, aplicar medidas de coordinación intergubernamental. Los servicios de salud de las zonas de frontera son claramente deficientes o insuficientes para atender la demanda existente, incluso de la población nativa, lo que hace necesario integrar a los gobiernos locales en el diseño y la estrategia de implementación de las políticas a fin de fortalecer la presencia estatal y adecuar la oferta a las necesidades reales de la población fronteriza, tanto local como migrante.

Recuadro V.1 (conclusión)

Es preciso fortalecer la acción de las organizaciones de la sociedad civil: se requiere un mayor apoyo al trabajo de las organizaciones no gubernamentales e internacionales en la zona, sea en el plano financiero o en el de compromiso político de los gobiernos. También se necesita dotar de regularidad y sistematicidad a las iniciativas, programas y proyectos en materia de salud y migración de las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales. Está claro que hay que reconocer a los migrantes fronterizos como un sujeto especial de protección, dando cuenta de la heterogeneidad de estas poblaciones. Se requieren medidas orientadas hacia los colectivos más vulnerables como los niños, las niñas y los adolescentes, en particular los que viajan sin acompañamiento, y las mujeres migrantes.

Fuente: A. Canales y otros, “Migración y salud en zonas fronterizas: informe comparativo sobre cinco fronteras seleccionadas”, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), 2009, inédito; A. Canales; P. Vargas e I. Montiel, “Migración y salud en zonas fronterizas: Guatemala y México”, serie *Población y desarrollo*, N° 91, Santiago de Chile, CEPAL, 2009, en prensa; “Migración y salud en zonas fronterizas: Haití y República Dominicana”, serie *Población y desarrollo*, N° 90, Santiago de Chile, CEPAL, 2009, en prensa; C. Courtis; G. Liguori y M. Cerrutti, “Migración y salud en zonas fronterizas: el Estado Plurinacional de Bolivia y la Argentina”, serie *Población y desarrollo*, N° 93, Santiago de Chile, CEPAL, 2009, en prensa.

TERCERA PARTE

En esta parte del documento se revisan algunos factores que por su relevancia actual y futura debieran tomarse en cuenta al momento de realizar previsiones sobre la evolución de la demanda de salud de la población regional, en el marco de las transiciones demográfica y epidemiológica.

Uno de esos factores es la demanda de cuidados, que se está modificando aceleradamente como consecuencia del envejecimiento de la población y del creciente peso de las enfermedades crónicas e incapacitantes en las personas de mayor edad. Debido a la magnitud y rapidez de estos cambios, se ha producido un desfase entre la demanda de cuidados y los marcos institucionales disponibles para atenderla, de manera que los Estados están transfiriendo esta responsabilidad a los hogares y provocando situaciones de mayor vulnerabilidad y sobrecarga en las labores asumidas tradicionalmente por las mujeres. Se hace hincapié, entonces, en la necesidad de avanzar hacia el reconocimiento e inclusión del cuidado en los sistemas de protección social, en un marco de solidaridad, igualdad, autonomía y bienestar de las familias y las personas, con especial atención en el rol de las mujeres.

También se presenta un ejercicio de proyección de la creciente proporción de gastos que las sociedades deberán destinar a la atención de la salud como consecuencia de las transiciones demográfica y epidemiológica, a fin de llamar la atención sobre la magnitud del esfuerzo requerido, que para algunos países constituye un reto fiscal incluso mayor que el de sostenimiento de las pensiones. Se plantea asimismo la necesidad de implementar estrategias preventivas para reducir el impacto económico y social de las enfermedades crónicas.

En seguida, se examinan algunos elementos teóricos y empíricos que facilitan la comprensión de los procesos mediante los cuales la crisis económica actual podría traducirse en efectos adversos en el estado de salud de la región. Se analizan las medidas con que cuentan actualmente algunos países para hacer frente a las repercusiones de la crisis en el sector y se hace hincapié en la necesidad de impulsar acciones adecuadas donde no las hay, mantenerlas cuando sí existan y ampliar su nivel de cobertura, además de profundizar su enfoque en el derecho a la salud.

Capítulo VI

TRANSFORMACIONES DEMOGRÁFICAS Y DEMANDAS FUTURAS EN MATERIA DE SALUD Y CUIDADOS

En las próximas décadas, lo más sobresaliente de la realidad demográfica en los países de la región será la creciente importancia de la población adulta mayor y la disminución de la población joven. Indudablemente, este cambio que acompaña el paso hacia etapas más avanzadas de la transición no se producirá al mismo tiempo en todos ellos, sino que en la mayoría se abrirá una ventana de oportunidades para emprender las reformas institucionales, programáticas y prácticas a que conducen la modificación de la estructura por edad de la población y las consiguientes variaciones de la demanda sectorial. Una de las más evidentes ocurrirá en la demanda de salud y la carga de cuidados, en un contexto de cambios de la familia y del rol de la mujer.

En este capítulo se describe el panorama demográfico que permite contextualizar la demanda de servicios de salud y de cuidados. Específicamente, se muestra la heterogeneidad entre y dentro de los países en cuanto al avance de la transición demográfica, haciendo hincapié en el progresivo envejecimiento de la población, que incide en forma directa en la demanda de cuidados y en la posibilidad demográfica de responder a ella. En la segunda sección se presentan y analizan los escenarios de la demanda de cuidados sobre la base de los indicadores empleados a nivel internacional para estudiar el tema, pero que hasta la fecha no habían sido utilizados con esta extensión y profundidad en la región. Junto con ello, se evalúan los efectos del incremento de la dependencia por razones de salud en la necesidad de cuidados.

La confluencia de los elementos que se analizan en este capítulo configura un nuevo escenario, en que seguramente la dependencia y los cuidados en la vejez —debido a su impacto demográfico, económico y social— se erigirán como una de las cuestiones sociales más apremiantes del siglo XXI en relación con los sistemas de protección social en general y de salud en particular.

A. LOS DETERMINANTES DEMOGRÁFICOS Y DE SALUD DE LA DEPENDENCIA

1. El envejecimiento poblacional como factor demográfico de la dependencia

En la actualidad las personas mayores representan el 10% de la población regional, equivalente a 57,3 millones de habitantes. El proceso de envejecimiento seguirá profundizándose de manera acelerada en los próximos años, sobre todo en el período 2010-2030, cuando la tasa de crecimiento del segmento de 60 años y más será del 2,3%. Si bien esta cifra disminuirá al 1,5% en 2030-2050, seguirá siendo la más elevada de la población en su conjunto. Así, en 2050 el número de personas mayores sumará 182,8 millones, equivalente a un cuarto de los habitantes de la región.

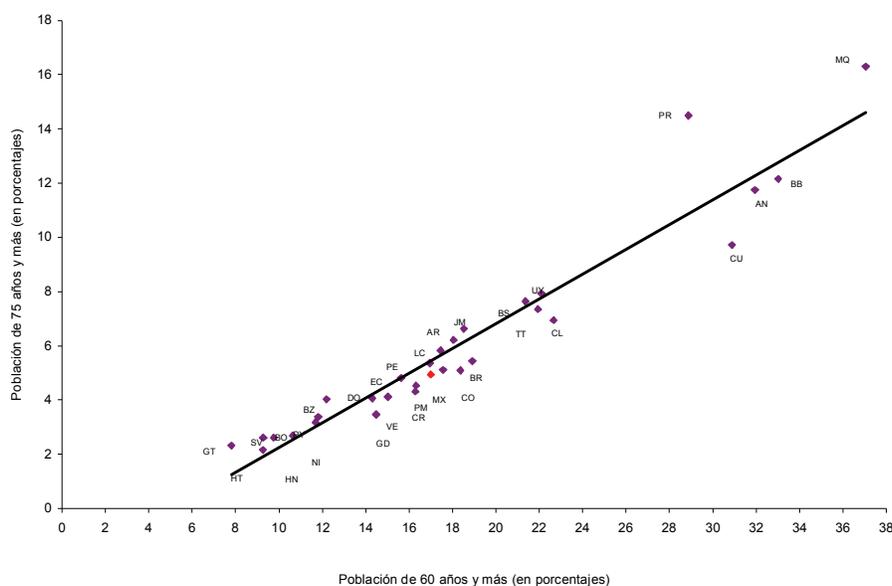
No obstante esta tendencia generalizada, existen amplias diferencias en la evolución que seguirá cada uno de los países. En algunos de ellos el ritmo de crecimiento de la población adulta mayor se mantendrá en alza durante todo el período estudiado (2010-2050), mientras que en otros las personas mayores representarán en 2050 un porcentaje bastante más elevado que el promedio.

Otra característica del proceso de envejecimiento que se irá agudizando en el futuro es el incremento de la población de edad más avanzada dentro del grupo de 60 años y más. En las próximas cuatro décadas el segmento de 75 años y más crecerá aceleradamente, incluso a una tasa superior a la de la población adulta mayor en su conjunto. Se prevé que en 2025 el número de personas de este grupo se duplicará, alcanzando el 4% de la población, y en 2050 bordeará el 9%.

La situación entre los países es heterogénea. En aquellos donde el proceso de envejecimiento se inició tempranamente, la población de 75 años y más en la actualidad es más numerosa que en el resto. Al respecto, destacan algunos países del Caribe angloparlante, Cuba y el Uruguay, en que se están afrontando las consecuencias del envejecimiento demográfico en distintas áreas como la seguridad social, la salud y la atención familiar. En cambio, hay países que se encuentran en una etapa de envejecimiento moderado (Belice, el Brasil, Costa Rica, México y el Perú, entre otros), donde están empezando a advertirse los efectos de este fenómeno en la demanda de pensiones pero que, en estricto rigor, aún no experimentan tan agudamente las demás implicaciones emanadas de la necesidad de cuidados de las personas de edad más avanzada.

La Argentina, Chile y Jamaica viven una situación más cercana a la del Uruguay y Cuba. Aunque su proceso de envejecimiento secundario no es tan pronunciado, sí está creciendo en forma vertiginosa la demanda de servicios sociosanitarios y sus efectos empiezan a percibirse claramente. Por último, el Estado Plurinacional de Bolivia, Guatemala, Haití y Honduras aún son países con una población adulta mayor joven, cuyo porcentaje de personas de 75 años y más es muy reducido. Se prevé que en 2030 varios países del Caribe continuarán teniendo la población adulta mayor más envejecida de la región, seguidos de Cuba, el Uruguay y Chile.

Gráfico VI.1
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: ENVEJECIMIENTO INTERNO^a
DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR, 2030



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, estimaciones y proyecciones de población, 2008.

^a El término “envejecimiento interno” se refiere al crecimiento del porcentaje de personas de 75 años y más dentro de la población total de 60 años y más.

2. Los riesgos de dependencia en la vejez derivados del estado de salud

En la región, el proceso de envejecimiento se caracteriza no solo por un ritmo de crecimiento sin precedentes, sino también por el incremento acelerado de la demanda de servicios de salud, siendo muy probable que las cohortes que alcancen la edad de 60 años a partir del siglo actual presenten peores niveles de salud que los observados entre las personas mayores de los países desarrollados (CEPAL/CELADE, 2003).

Al sustraer de la esperanza de vida al nacer la estimación de la esperanza de vida sana es posible obtener un indicador del número de años que pasa una persona en mal estado de salud. Los datos disponibles muestran que, en promedio, la población latinoamericana y caribeña no solo tiene una menor esperanza de vida al nacer que la de los países desarrollados, sino además que una proporción mayor de su vida transcurre en malas condiciones de salud. En 2000 la esperanza de vida sana al nacer en los países de la región era de 58 años, mientras que en los países desarrollados alcanzaba los 66,1 años (PNUD, 2007). Ello significa que el período durante el cual se padece una limitación de las funciones es más prolongado en los países latinoamericanos y del Caribe, llegando en algunos de ellos a la mitad de la esperanza de vida a los 60 años —Barbados, Colombia, El Salvador, Honduras, el Paraguay, el Perú, la República Dominicana y Santa Lucía en el quinquenio 2005-2010.

El incremento de la expectativa de vida carente de buena salud obedece en gran medida al hecho que las enfermedades crónico-degenerativas han sustituido a las enfermedades transmisibles como principales causas de morbilidad, discapacidad y muerte en casi todos los países (OPS, 2007). Este tipo de causas está estrechamente vinculado a la estructura por edad de la población, puesto que su peso aumenta a medida que se incrementa la edad media de ella. A diferencia de las patologías transmisibles, la cronicidad de las enfermedades es una de las mayores limitaciones para el desarrollo de una vida autónoma en la vejez, dado que incrementa exponencialmente la incidencia de la dependencia y empeora el estado general de salud (Puga, 2002).

Uno de los principales factores responsables del aumento de las enfermedades crónicas y del consiguiente incremento de la dependencia es llevar un modo de vida poco saludable. De los 16 países de América Latina y el Caribe de que se dispone de información sobre el consumo de tabaco entre los adultos de 15 años o más, en seis de ellos es posible observar que más del 25% de la población de ambos sexos fuma. En cuanto a las personas de edad avanzada, los resultados de la Encuesta SABE (Salud, Bienestar y Envejecimiento) revelaron que en seis ciudades de la región el consumo de tabaco era menos elevado —sobre todo en las mujeres—, pero este patrón claramente presentará un cambio sustantivo en las próximas décadas (CEPAL/CELADE, 2003; OMS, 2009). También es preocupante la obesidad en los jóvenes de 15 años o más, que afecta más a las mujeres que a los hombres. En el caso de las personas mayores las cifras pueden ser incluso más inquietantes: el 66% de la población entrevistada en siete ciudades latinoamericanas, en promedio, tenía sobrepeso en 2000 (CEPAL/CELADE, 2003). El comportamiento futuro de este indicador es pesimista, considerando que en algunos países como Chile, México y el Perú uno de cada cuatro niños de 4 a 10 años de edad tiene sobrepeso, y se prevé que en 2015 la prevalencia continuará aumentando tanto en los hombres como en las mujeres (OPS, 2007).

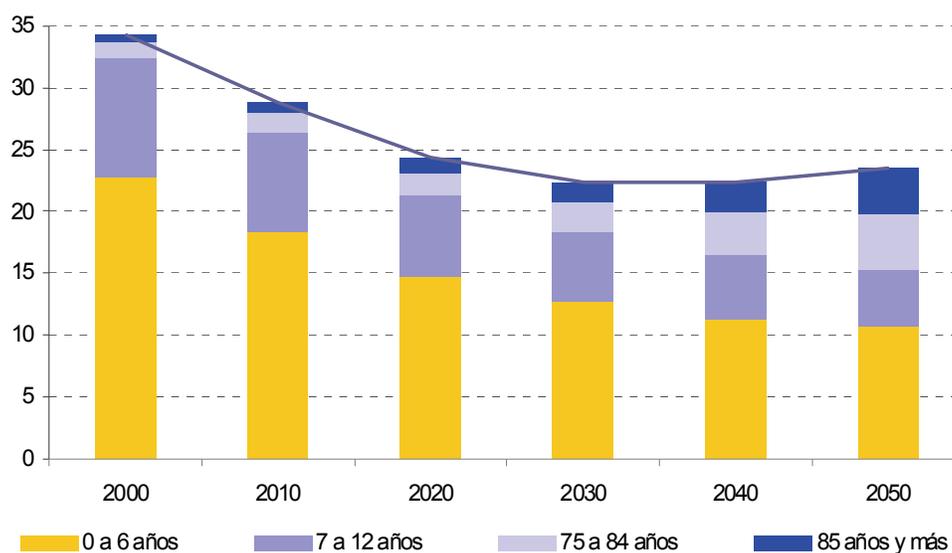
B. ESCENARIOS DE LA DEMANDA DE CUIDADOS EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

1. Estimación de la necesidad de cuidados a partir de la edad

La demanda de cuidados está aumentando en América Latina y el Caribe debido a tres causas fundamentales: la presencia aún importante de niños, el envejecimiento de la población y el incremento del número de personas que tienen algún grado de dependencia debido a sus condiciones de salud. Si bien hoy día la región afronta una demanda de cuidados centrada principalmente en la niñez, en el futuro serán las personas de edad avanzada y aquellas con dependencia las que constituirán el grueso de la carga demográfica de asistencia, aunque con una amplia variabilidad entre los países.

En efecto, como se observa en el gráfico VI.2, a comienzos de la presente década la relación de dependencia de cuidados (véase el recuadro VI.1) era elevada, siendo en promedio de 35 personas con necesidad de cuidados por cada 100 potenciales cuidadores —con una amplia concentración en el grupo de 0 a 6 años—, aunque mostrando en el curso de los siguientes decenios una trayectoria descendente. Sin embargo, a contar de 2040 se aprecia una inflexión que marcará el inicio de una nueva fase de expansión de la demanda por efecto del aumento de la población de 75 años y más, la que por cierto se triplicará en el período comprendido entre 2000 y 2050.

Gráfico VI.2
AMÉRICA LATINA: RELACIÓN DE DEPENDENCIA DE CUIDADOS, 2000-2050
(En número de personas dependientes por cada cien potenciales cuidadores)



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, estimaciones y proyecciones de población, 2008.

Esta tendencia regional varía bastante entre los países, pudiendo identificarse claramente dos situaciones. La primera corresponde a los países más rezagados en la transición demográfica, que inician el período con una elevada carga de cuidados en la niñez y una baja disponibilidad de potenciales cuidadores para satisfacer la demanda pertinente. Es el caso del Estado Plurinacional de Bolivia, Guatemala, Honduras y Nicaragua, en que la necesidad de cuidados disminuirá hacia finales del período, alcanzando el promedio regional, y recién entonces empezarán a experimentar un envejecimiento de la demanda de asistencia. En el extremo opuesto se ubican los países más avanzados en la transición demográfica, cuya carga de cuidados ya se encuentra en proceso de envejecimiento, pero que cuentan con una disponibilidad de potenciales cuidadores superior al promedio regional (CEPAL, 2009b). En este grupo se cuentan la Argentina, Chile, Cuba y el Uruguay, que en el futuro mediano experimentarán un relativo estancamiento o reducción de la disponibilidad de cuidadores por efecto del envejecimiento y deberán hacer frente a una demanda de asistencia centrada en las personas mayores.

Recuadro VI.1
**RELACIÓN DE DEPENDENCIA DEMOGRÁFICA Y RELACIÓN DE
 DEPENDENCIA DE CUIDADOS**

La relación de dependencia demográfica total —equivalente a la suma de las poblaciones de menores de 15 años y mayores de 60 años, dividida por el número de personas de 15 a 59 años— es un índice sintético de la estructura por edad de la población. Usualmente se define como la relación entre la población en edad potencialmente inactiva y aquella en edad activa de la economía. Una alta relación de dependencia representa una carga para la población de 15 a 64 años, que debe apoyar a otros además de a sí misma. Como este indicador suele presentar valores elevados tanto en poblaciones jóvenes como envejecidas, se recomienda descomponer el índice en dos: la relación de dependencia de niños (también llamada relación de juventud), en que se considera como potencialmente inactivos a los menores de 15 años, y la relación de dependencia de adultos (o de vejez), donde las personas potencialmente inactivas serían solo los mayores de 60 años.

Por su parte, y a diferencia de este indicador tradicional, la relación de dependencia de cuidados tiene por objeto reflejar la carga relativa de apoyo que recae sobre los potenciales cuidadores en una sociedad determinada. Su cálculo es útil para acercarse a la medición de las personas que necesitan cuidados, la cantidad que requieren y las posibilidades demográficas de brindar asistencia. Permite además una comparación de la carga de cuidados entre los países y su evolución en el tiempo. Al igual que la relación de dependencia tradicional, este indicador se define sobre la base de los grupos de edad, aunque se centra en las personas que tienen necesidades específicas de cuidado: por una parte, el grupo de 0 a 6 años y, por otra, el de 85 años y más, precisamente los dos extremos del ciclo vital que en la práctica dependen en gran medida de terceros para satisfacer sus necesidades. Luego se ubican las personas de 7 a 12 años y las de 75 a 84 años, quienes si bien pueden precisar cuidados, no siempre los requieren con la misma intensidad que los grupos anteriores. En el centro —es decir, la población de 15 a 74 años— se ubican los potenciales cuidadores. Metodológicamente, el indicador no considera a la población de 13 a 14 años, porque no serían demandantes intensivos de cuidados como los grupos etarios anteriores (0 a 12 años y 75 años y más) y tampoco se encontrarían en condiciones de brindarlos.

Para calcular el peso del cuidado se supone que cada persona menor de 12 años y mayor de 75 años requiere un número determinado de unidades de cuidado: los niños de 0 a 6 años y los mayores de 85 años necesitan una unidad y los de 7 a 12 años 0,5 unidades, al igual que las personas de 75 a 84 años. Esta estimación constituye una aproximación (*proxy*) que debe tomarse con cautela, pues probablemente disminuye el número de los que necesitan atención y eleva el de los que pueden prestar asistencia, ya que no considera que las personas que se ubican en los rangos de edad que califican como potenciales cuidadores pueden sufrir limitaciones, sobre todo físicas y de salud, para ejercer las labores pertinentes.

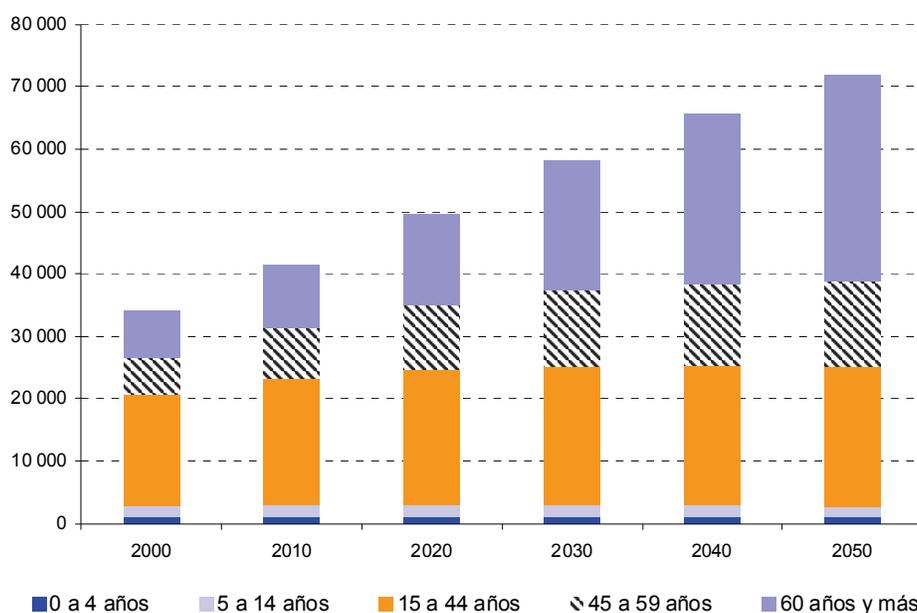
Fuente: Debbie Budlender, “The statistical evidence on care and non-care work across six countries”, *Gender and Development Programme Paper*, N° 4, Instituto de Investigaciones de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social (UNRISD), 2008; Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), “Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez”, *Documentos de proyecto*, N° 113 (LC/W.113), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2006.

2. Estimación de la necesidad de cuidados a partir del estado de salud

De manera simultánea al aumento del número de personas de edad se prevé un incremento significativo de la población dependiente que requiere de cuidados por razones de salud. Se calcula que en el período 2000-2050 en América Latina y Caribe se duplicará la cantidad de personas con dependencia moderada-severa, pasando de 23 millones a 50 millones (OMS, 2002a)²⁸. Después del África subsahariana, Oriente Medio y Asia, será una de las regiones de mayor prevalencia mundial (Harwood, Sayer y Hirschfeld, 2004).

Aunque la dependencia recorre todos los grupos etarios, un análisis según edad permite apreciar que si bien en la actualidad la mayor carga de cuidados por esta causa se concentra en el rango de 15 a 59 años, la población afectada irá envejeciendo paulatinamente y en 2050 las personas de 60 años y más representarán cerca de la mitad de la población dependiente por razones de salud (véase el gráfico VI.3).

Gráfico VI.3
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: NÚMERO DE PERSONAS CON DEPENDENCIA MODERADA-SEVERA QUE REQUIEREN DE CUIDADOS DIARIOS, SEGÚN GRUPOS DE EDAD, 2000-2050



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, sobre la base de Organización Mundial de la Salud (OMS), *Current and Future Long-Term Care Needs* (WHO/NMH/CCL/02.2), Ginebra, 2002.

²⁸ La dependencia moderada-severa se refiere a las personas que padecen dos de cualquiera de las más graves clases de discapacidad (sicosis activa, demencia, cuadriplejía, migraña severa continua, ceguera, paraplejía, depresión severa) y dos o tres condiciones de uno de los tres tipos de discapacidad más severa (que además del síndrome de Down, incluyen el retardo mental moderado y la fístula recto-vaginal, entre otras) (Harwood, Sayer y Hirschfeld, 2004).

En efecto, la dependencia por razones de salud y el envejecimiento están estrechamente relacionados. Por una parte, la dependencia puede ser consecuencia de enfermedades crónicas y, por otra, suele ser reflejo de la pérdida generalizada de funciones fisiológicas atribuible al proceso de envejecimiento. En Nicaragua, por ejemplo, la prevalencia de la discapacidad a nivel nacional es del 10,3% de la población y en los grupos quinquenales menores de 30 años no supera el 5%, pero la cifra aumenta al 30% en las personas de 60 a 64 años y llega al 85% en los mayores de 80 años (Nicaragua, Ministerio de Salud, 2004). Si se cambia el tipo de medición y se utilizan como criterio las limitaciones para realizar actividades de la vida diaria y las restricciones en la participación de la población adulta mayor, la prevalencia de la discapacidad aumenta al 71% en las personas de 65 años y más (un 67% en los hombres y un 73% en las mujeres) (Huenchuan, 2009). Otros países de la región presentan un panorama similar: en la Argentina la prevalencia de la discapacidad en los menores de 15 años es del 3% y en los mayores de 65 años del 28,3% (INDEC, 2003); en Chile la brecha es más grande, pues el segmento etario de menor edad registra una prevalencia del 3,2% y el mayor del 43,4% (FONADIS/INE, 2004), y en el Brasil la distancia es aún más amplia, puesto que mientras un 4,3% de los menores de 15 años presenta algún tipo de discapacidad, en los mayores de 65 años la cifra se dispara al 54% (IBGE, 2000).

C. SALUD Y ENVEJECIMIENTO: LA NECESIDAD DE ABORDAR LA DEPENDENCIA COMO UN RIESGO DENTRO DE LOS SISTEMAS DE PROTECCIÓN SOCIAL

Con notables excepciones, los cuidados no han sido un tema relevante en la agenda de políticas públicas de los Estados latinoamericanos y del Caribe. Tanto los marcos normativos generales y específicos de los países de la región como el abanico de programas sociales existentes relacionados con la protección de la infancia, la vejez y la dependencia revelan una creciente concentración hacia las familias de los riesgos vinculados al cuidado. De este modo, se amplía la vulnerabilidad de las personas que precisan de cuidados y de las que prestan asistencia, puesto que su posición está única y directamente afectada por la distribución desigual de los recursos según su origen familiar.

De ello se desprende precisamente uno de los grandes retos del siglo XXI: avanzar hacia el reconocimiento y la inclusión del cuidado en las políticas públicas, en un marco de solidaridad e igualdad. Es preciso replantear la protección social para que, por una parte, responda de manera inmediata a las consecuencias de las transformaciones demográficas y, por otra, pueda anticipar respuestas ante las demandas de una población en constante cambio.

En esta línea, hay que transitar hacia la construcción de la dependencia y el cuidado como un asunto de responsabilidad colectiva, apoyado mediante prestaciones y servicios que maximicen la autonomía y el bienestar de las familias y las personas en el marco de los sistemas de protección social. Las respuestas públicas para atender a esta problemática deben concebirse como una extensión lógica del quehacer estatal, a partir de la cual se tienen ciertas obligaciones inmediatas respecto de aquellos que precisan ayuda y de quienes la brindan.

Capítulo VII

**PROYECCIÓN ILUSTRATIVA DE LOS GASTOS DE SALUD EN AMÉRICA LATINA
Y EL CARIBE EN EL PERÍODO 2006-2040**

En este capítulo se presentan proyecciones ilustrativas del futuro gasto de salud en América Latina y el Caribe, sobre la base de los cambios demográficos y económicos que probablemente ocurrirán en las próximas décadas. La fuerza impulsora detrás de estas proyecciones es la transición demográfica. Si bien los efectos de este proceso inexorable variarán en tiempo y magnitud según la etapa en que se encuentre cada país, la tendencia general será la misma. En un contexto de descenso de la mortalidad y la fecundidad, todos los países de la región experimentarán un aumento de los ingresos a medida que crece la proporción de población en edad productiva, pero también un crecimiento significativo de los costos de salud que obedecerá tanto al incremento del número de personas mayores como a la creciente intensidad del uso de los servicios de salud por parte de este grupo etario. En el presente capítulo se analiza el posible impacto de ambas tendencias en el gasto de salud como porcentaje del PIB en 24 países de América Latina y el Caribe, desde 2006 hasta 2040.

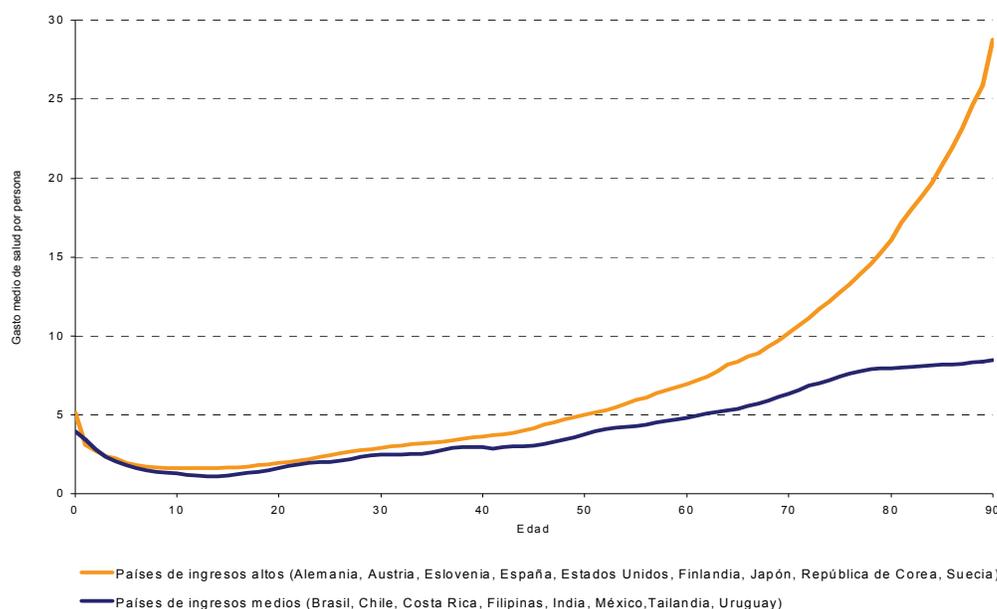
**A. EL USO CRECIENTE DE LOS SERVICIOS DE SALUD
POR PARTE DE LAS PERSONAS MAYORES**

Existen diferencias notables en el gasto de salud según edad entre los países de ingresos altos y medios. El gráfico VII.1 muestra los gastos de salud como porcentaje del PIB de los adultos en edad productiva, sobre la base de datos extraídos de las cuentas nacionales de transferencias²⁹. A partir de su análisis se observa que en los países de ingresos altos y medios, el gasto por concepto de salud de las personas menores de 40 años es sorprendentemente similar. Estos datos transversales revelan que el gasto de salud de los grupos etarios pertinentes aumenta en forma proporcional al ingreso. Por encima de los 40 años, sin embargo, el patrón es muy diferente: en los países de ingresos altos, los gastos de salud de cada persona que supera esta edad son mucho más elevados. Es decir, a medida que se incrementan sus ingresos, los gastos de salud aumentan a un ritmo más acelerado que ellos.

La respuesta a la pregunta de por qué las sociedades optan por esta vía aún permanece abierta. Algunas posibilidades incluyen la modificación de los protocolos médicos, de acuerdo con los cuales las enfermedades crónicas son tratadas de manera más agresiva, y un cambio tecnológico sesgado según edad, en que los avances en materia de atención médica favorecen el tipo de enfermedades que padecen las personas mayores. También podría considerarse el factor del poder político, ya que se trata principalmente de gastos públicos y, por lo tanto, es posible que las personas mayores adquieran creciente influencia a medida que las sociedades envejecen —y a la vez se tornan más ricas. Otra opción sería el hecho que los países más envejecidos y más ricos pueden proporcionar mediante el mercado gran parte de los cuidados de larga duración que requieren las personas mayores, mientras que en los más pobres dichos servicios suelen prestarlos las familias.

²⁹ Las cuentas nacionales de transferencias constituyen un sistema común para supervisar la actividad económica según edad, sobre la base de las cuentas nacionales (véase [en línea] www.ntaccounts.org y www.cepal.org/celade/transferencias_intergeneraciones).

Gráfico VII.1
PAÍSES SELECCIONADOS DE INGRESOS ALTOS Y MEDIOS: GASTOS DE SALUD SEGÚN EDAD, ALREDEDOR DE 2000
(Como porcentaje del PIB por adulto en edad laboral)



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL, sobre la base de datos de las cuentas nacionales de transferencia [en línea] www.ntaccounts.org.

Cualesquiera sean las razones de este patrón, la tendencia de mayor gasto de las edades avanzadas en materia de salud aumenta los efectos del envejecimiento poblacional y se prevé que conducirá a un incremento significativo del gasto de salud como porcentaje del PIB.

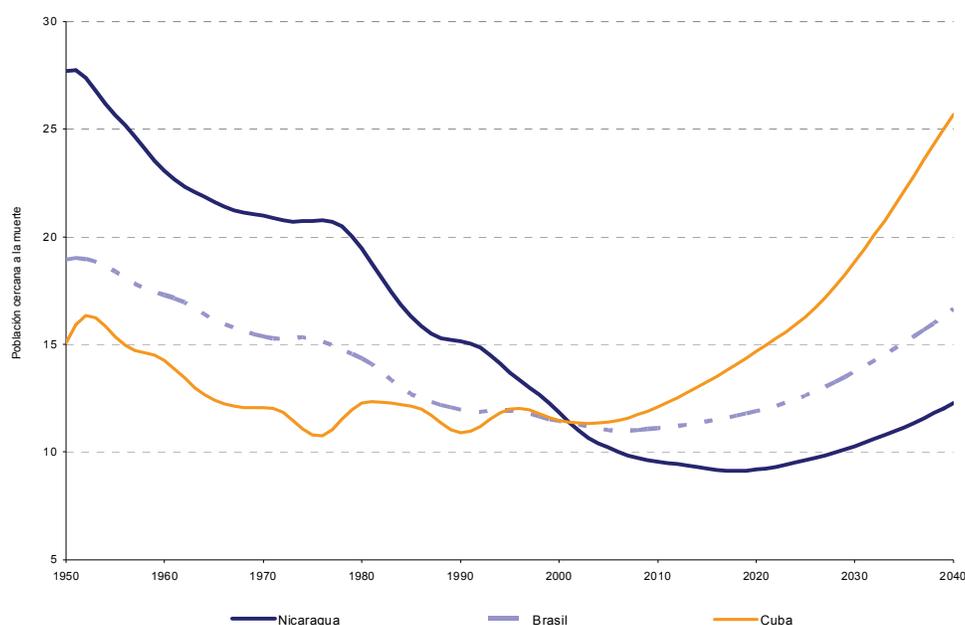
Una segunda tendencia que afecta los costos de salud es el aumento de la proporción de población en edad más avanzada, cuyo gasto por persona en este ámbito es elevado. La relación de dependencia del sector de la salud se define aquí como el número de personas cercanas a la muerte dividido por la población en edad laboral³⁰. En varios estudios de países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) se ha demostrado que la mayoría de los gastos sanitarios de las personas ocurren en la década final de vida, y dentro de ella especialmente en el último año (Miller, 2001; Lubtiz y otros, 2003; McGrail y otros, 2000; Zweifel, Felder y Meier, 1999). Es decir, la mayoría de los sistemas de salud utiliza un porcentaje significativo de sus recursos en la prestación de servicios curativos y paliativos en lugar de destinarlos a los servicios preventivos.

A medida que los países avanzan en la transición demográfica, la relación de dependencia del sector de la salud sigue una curva en forma de U. Inicialmente, la disminución de las tasas de mortalidad conduce a una baja de la proporción de población cercana a la muerte. Como es evidente en el caso de Nicaragua, que se expone en el gráfico VII.2, ella puede ser muy rápida y sustancial. En 1950, el número de personas cercanas a la muerte en este país alcanzaba alrededor de un tercio de la población en edad

³⁰ Para estimar el número de personas cercanas a la muerte de la población se utilizan las proyecciones del número de defunciones durante la próxima década en una cohorte original (CEPAL/CELADE, 2009).

laboral, pero en cinco décadas la proporción se redujo a cerca de una décima parte. Más tarde, a medida que avanza la transición demográfica, la estructura etaria de la población cambia sustancialmente: aumenta el peso de las personas mayores y la población cercana a la muerte comienza a crecer en relación con aquella en edad laboral. En casi todos los países de América Latina y el Caribe, la población cercana a la muerte se incrementará de manera más acelerada que la de adultos en edad laboral, con lo cual tenderá a acrecentarse la carga de recursos relacionada con la financiación de los servicios de salud.

Gráfico VII.2
BRASIL, CUBA Y NICARAGUA: ESTIMACIONES Y PROYECCIONES DE LA POBLACIÓN CERCANA A LA MUERTE (<10 AÑOS), 1950-2050
(Como porcentaje de la población en edad laboral)



Fuente: CELADE-División de Población de la CEPAL, estimaciones y proyecciones de población, revisión de 2008, actualizadas a septiembre de 2009.

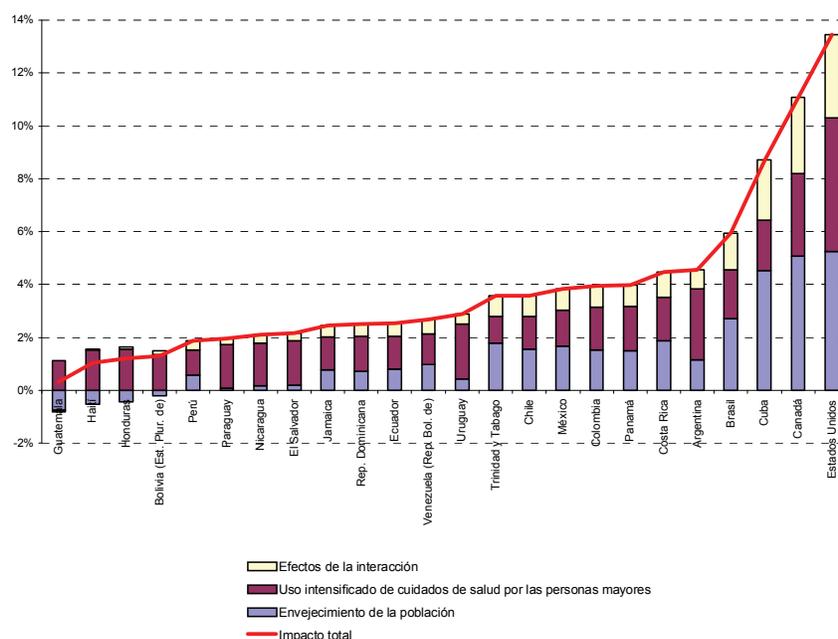
B. EL INCREMENTO SIGNIFICATIVO DE LA PROPORCIÓN DEL PIB DESTINADA A LA SALUD

El porcentaje del PIB que los países dedican al gasto de salud puede descomponerse en la suma de dos factores multiplicativos en todas las edades: las prestaciones de salud promedio que consume cada grupo etario —en unidades del PIB por adulto en edad laboral— y la estructura etaria de la población —esto es, la cantidad de personas de una edad determinada en relación con la de adultos en edad laboral. El pronóstico ilustrativo que se expone en esta sección se basa en las tendencias proyectadas de ambos factores³¹.

³¹ $E(t)/GDP(t) = \text{suma sobre } x \{b(x,t) * P(x,t)/P(20-64,t)\}$, donde $b(x,t) = [E(x,t)/P(x,t)]/[GDP(t)/P(20-64,t)]$, $E(t)$ = gasto de salud en el año t , $GDP(t)$ = producto interno bruto en el año t ; $b(x,t)$ = número medio de prestaciones de salud consumidas por cada grupo etario, en unidades del PIB por adulto en edad laboral, y $P(x,t)$ = población de edad x en el año t . Para la estructura etaria de la población $P(x,t)$ se utilizaron las proyecciones de población del CELADE-División de Población de la CEPAL (CEPAL/CELADE, 2009).

Las variaciones del gasto promedio de salud por edad se proyectaron suponiendo que siguen el patrón transversal observado en las cuentas nacionales de transferencias. A medida que en la región aumentan los ingresos nacionales, las pautas del gasto de salud por persona empiezan a parecerse a las de los países de ingresos altos, en que el nivel de gastos por este concepto de las personas mayores es muy elevado. El ingreso nacional futuro de cada país, en tanto, se calculó sobre la base de las estimaciones del PIB por trabajador, utilizando las proyecciones del número de adultos en edad laboral y la tasa de crecimiento de la productividad, que se supone constante en todas las economías (2,5%). Por esta razón, las proyecciones deben considerarse como ejemplos ilustrativos que reflejan la aplicación de supuestos comunes en todos los países.

Gráfico VII.3
PAÍSES SELECCIONADOS: AUMENTO PROYECTADO DE LOS GASTOS DE SALUD, DESAGREGADO SEGÚN LOS EFECTOS DEL ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL Y DEL USO INTENSIFICADO DE LOS SERVICIOS DE SALUD POR LAS PERSONAS MAYORES, 2006-2040
(En porcentajes del PIB)



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL, Modelo demográfico para pronósticos fiscales.

El gráfico VII.3 muestra el aumento proyectado del gasto de salud en países seleccionados desde 2006 hasta 2040, en puntos porcentuales del PIB. Los mayores aumentos corresponden al Canadá y los Estados Unidos, donde el incremento superará el 10% del PIB impulsado más bien por el envejecimiento de la población que por el uso más intensivo de los servicios de salud por parte de las personas mayores. En América Latina y el Caribe, en tanto, se observa un aumento significativo del gasto de salud — superior al 3% del PIB— en Trinidad y Tabago, Chile, México, Colombia, Panamá, Costa Rica, la Argentina, el Brasil y Cuba. En los dos últimos países, crecerá 6 y 8,7 puntos porcentuales del PIB, respectivamente, mientras que en el Paraguay, Nicaragua, El Salvador, Jamaica, la República Dominicana, el Ecuador, la República Bolivariana de Venezuela y el Uruguay lo hará en forma moderada,

alcanzando entre el 2% y el 4% del PIB. Finalmente, se aprecia que el incremento del gasto de salud en Guatemala, Haití, Honduras y el Estado Plurinacional de Bolivia será modesto, inferior al 2% del PIB. En estos países, las variaciones de la estructura etaria tienden a conducir a un aumento menos significativo de los gastos de salud, puesto que la gran reducción de la proporción de niños e infantes, cuyos costos en este ámbito son elevados, se compensa con el crecimiento de la población de mayor edad. Ello se traducirá en un menor incremento del gasto total por concepto de salud, al menos hasta 2040.

En la mayoría de los países de la región, las repercusiones del uso más intensivo de los servicios de salud por parte de las personas mayores en los gastos proyectados serán más importantes que las del envejecimiento de la población. Es decir, de acuerdo con la proyección señalada, los protocolos de tratamiento para las personas de edad —que generalmente padecen enfermedades crónicas como el cáncer, la diabetes y las enfermedades del corazón— se asimilarán en forma creciente a aquellos de los países de ingresos altos. Es este cambio el que dará lugar a un aumento significativo del gasto total de salud en la región y a una modificación de los servicios prestados por los sistemas de salud, de modo que se centrarán cada vez más en el tratamiento de las enfermedades crónicas.

C. ALGUNAS CONCLUSIONES Y ACCIONES RECOMENDADAS

Una de las principales conclusiones que se desprenden del análisis realizado en este capítulo es que, probablemente, el gasto de salud como porcentaje del PIB aumentará de manera sustancial en la región en las próximas tres décadas. En consecuencia, también es posible que la financiación del sistema de salud surja como un problema crucial de América Latina y el Caribe, que exige la atención urgente de los gobiernos.

Hay dos tendencias que impulsarán este gran aumento previsto de los gastos de salud: una demográfica y otra de índole médico-económica. La primera, que depende de la etapa de la transición demográfica en que se encuentren los países, se materializa en la creciente proporción de personas mayores dentro de la población regional. La tendencia médico-económica, en cambio, está representada por la creciente intensidad del uso que hacen las personas de edad de los servicios de salud. Según las proyecciones analizadas, el impacto de esta segunda tendencia será más importante que el de la primera.

Sobre la base de las conclusiones señaladas, es posible hacer algunas recomendaciones para afrontar de mejor manera el escenario futuro proyectado mediante estos cálculos. En primer lugar, es preciso instar a los gobiernos de la región a realizar estimaciones de los gastos de salud a mediano y largo plazo. El cambio demográfico es uno de los factores determinantes de los resultados de la política social, pero estos no pueden observarse a corto plazo. Sin embargo, su impacto es evidente en las proyecciones del gasto de salud presentadas en este capítulo, que son especialmente importantes para los gobiernos. En un estudio previo sobre el gasto fiscal en los ámbitos de la salud, las pensiones y la educación se encontró que para muchos gobiernos de la región financiar el sector de la salud representará probablemente un desafío más significativo que costear las pensiones (Miller, Mason y Holz, 2009).

También es relevante que se realicen estudios interdisciplinarios enfocados en las enfermedades crónicas, las estrategias de salud preventiva y sus posibles repercusiones futuras en la morbilidad, la mortalidad y los gastos sanitarios de la región. Crear conciencia sobre la necesidad de adoptar estrategias de salud preventiva de base amplia, orientadas a incrementar el acceso a alimentos sanos, fomentar la actividad física y eliminar el consumo de tabaco, a fin de prevenir o reducir los gastos sociales y económicos de las enfermedades crónicas que subyacen tras estas proyecciones del gasto de salud, puede ser una línea de acción clave.

Capítulo VIII

LA CRISIS ACTUAL Y LA SALUD

El principal objetivo de este capítulo es explorar los sucesos y mecanismos mediante los cuales la crisis actual podría menoscabar a mediano y largo plazo la situación de la salud en América Latina y el Caribe, así como las posibles respuestas de política que permitirían hacer frente a esta situación.

Como consecuencia de la crisis, el empleo —una de las variables de mayor impacto en la salud— quedó seriamente afectado en la región. Es probable que el incremento del desempleo, unido al aumento de la informalidad, la evasión y la mora patronal provocada por esta coyuntura crítica, haya influido en la cobertura del seguro social. Al respecto, Mesa-Lago (2009) mostró cifras del comportamiento de los fondos de pensiones en el punto de inflexión de la crisis que ya dejaban ver una tendencia descendente de los recursos de la seguridad social a causa de la recesión económica.

Por consiguiente, se prevé que la crisis financiera dejará secuelas bastante adversas en las condiciones de salud de la región, similares a las registradas como consecuencia de las crisis anteriores³². Pero su magnitud de dependerá de varios factores, entre los cuales destaca el efecto protector de los programas públicos y del gasto social, que pueden amortiguar o diferir la incidencia de la crisis. De hecho, en América Latina el gasto público, y en particular el gasto social, venían creciendo significativamente en los últimos años, al tiempo que se impulsaban políticas y programas de transferencias hacia los sectores más vulnerables. Como resultado de ello, el posible menoscabo del sector de la salud podría verse paliado de alguna manera.

Otro efecto moderador del impacto de la crisis es la situación demográfica de la región, dado que los niveles reducidos de fecundidad y la baja tasa de dependencia favorecen la disminución de la pobreza (CEPAL, 2009b). En cambio, es más difícil prever las consecuencias de la transición epidemiológica, puesto que en América Latina y el Caribe siguen prevaleciendo las enfermedades transmisibles, perinatales y nutricionales —que podrían verse directamente afectadas por la actual coyuntura crítica—, al tiempo que aumentan las causas accidentales y violentas, de gran variabilidad entre los países y dentro de ellos (Di Cesare, 2007). Todos estos factores actúan de distinta manera en los diversos países, por lo que las repercusiones de la crisis no serán similares en toda la región.

A. ASPECTOS GENERALES (RELACIONES TEÓRICAS)

La disminución del ingreso privado debido al desempleo o los bajos salarios puede conducir a un aumento de la morbilidad, la malnutrición, los accidentes y los trastornos mentales, entre otros efectos. También podrían traducirse en un incremento de la demanda de servicios médicos, aunque no siempre del acceso real, lo cual contribuiría a empeorar el estado de salud de la población si esta demanda no es atendida.

³² Al analizar los efectos de las crisis de los años setenta y noventa en la salud, Musgrove (1987) encontró que el gasto pertinente disminuyó marcadamente y se contrajeron los servicios sanitarios. Esta situación condujo a un deterioro del estado de salud de la población, ya que aumentó la mortalidad infantil y se modificó la estructura de la morbilidad y la mortalidad en el perfil epidemiológico de los niños.

Aunque, como lo señala Musgrove (1987), “la relación entre los ingresos y la salud no depende del flujo económico corriente sino del capital nacional, incluido el capital médico y el abastecimiento de agua potable y saneamiento, acumulado como resultado de los ingresos anteriores”, los efectos de la baja del ingreso se irán sintiendo gradualmente y de manera más inmediata en los más pobres, quienes percibirán primero el empeoramiento de los indicadores sanitarios, aun en el caso de que el descenso del promedio de los ingresos nacionales sea leve.

La malnutrición es una de las primeras manifestaciones de disminución de los ingresos familiares o de una crisis económica generalizada y, a su vez, causa de numerosas enfermedades. Otra fuente de morbilidad que aumenta de inmediato en coyunturas críticas son los accidentes, cuyas tasas se incrementan debido a las situaciones de estrés, factor asociado a las crisis que también puede producir un mayor consumo de psicoactivos como el alcohol y estimular la violencia (homicidios, agresiones, suicidios). Por otra parte, el rápido empobrecimiento de algunos núcleos poblacionales podría impulsar un incremento de las enfermedades infecciosas intestinales, parasitarias y respiratorias, desacelerando por esta vía los avances en materia de mortalidad.

También pueden considerarse efectos directos de la crisis, agravados por el mal estado de los servicios de salud, el incremento de las enfermedades relacionadas con el embarazo y el aumento de la razón de mortalidad materna y en algunos casos de la mortalidad neonatal, siendo bien conocido y documentado en el ámbito de la salud pública que este tipo de trastornos son los más sensibles a las deficiencias y carencias de la atención de salud.

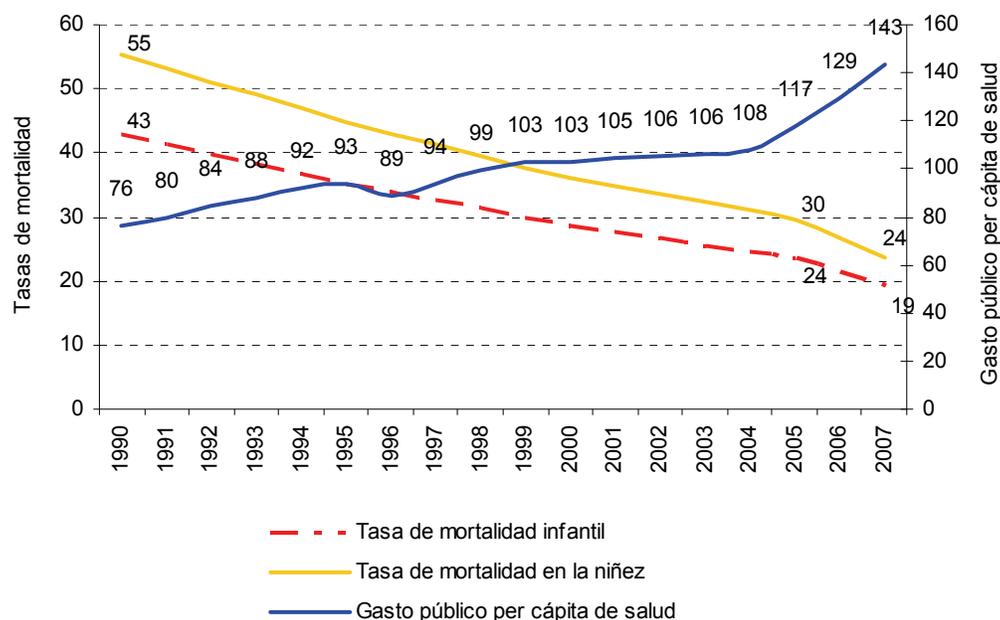
Por otra parte, la crisis influye indirectamente en la situación de la salud al afectar los ingresos públicos, la institucionalidad sanitaria y los mecanismos de protección social. Ante la pérdida de ingresos, disminuyen los recursos privados para adquirir servicios médicos y aumenta la demanda de programas públicos, cuya capacidad de atención también puede haberse reducido. De ahí que para el bienestar de los hogares sea clave mantener y reforzar el aseguramiento de la salud mediante mecanismos orientados a la prevención y la curación oportunas, el financiamiento de las enfermedades prolongadas y un esquema sustitutivo del ingreso cuando se afrontan situaciones de enfermedad. Si estos mecanismos fracasan en contextos de crisis, la población no cubierta estará aún más expuesta al riesgo (CEPAL, 2009b).

B. ASPECTOS ESPECÍFICOS (ALGUNAS EVIDENCIAS EMPÍRICAS)

Aparte de los efectos del desarrollo económico en la salud, ya ilustrados mediante diversos indicadores y en diferentes contextos³³, en algunos estudios se ha demostrado que hay factores como el desempleo que actúan aceleradamente en la generación de morbilidad y mortalidad (Jin, Shah y Svoboda, 1995). También se ha documentado la relación inversa entre el gasto público per cápita de salud y los indicadores de mortalidad infantil y en la niñez, como se observa en el gráfico VIII.1 respecto de los países de América Latina en el período de 17 años previos a la crisis financiera actual. Aunque el descenso sostenido de la mortalidad no puede atribuirse enteramente a este gasto, sí es importante constatar que tiene un buen grado de influencia.

³³ Véanse, por ejemplo, Wilkinson (1992); Franco, Gil y Álvarez-Dardet (2005); Franco, Palma y Álvarez-Dardet (2006).

Gráfico VIII.1
AMÉRICA LATINA (19 PAÍSES): EVOLUCIÓN DEL GASTO PÚBLICO PER CÁPITA DE SALUD Y DE LAS TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL Y EN LA NIÑEZ, 1990-2007
(Tasas por cada 1.000 nacidos vivos, en dólares de 2000)



Fuente: M. Hopenhayn, “Gasto social y crisis: una perspectiva de impacto, equidad y derechos”, documento presentado en el seminario internacional El gasto social en la crisis: cómo mejorar el análisis del gasto social frente a los desafíos actuales en América Latina y el Caribe, Santiago, CEPAL, 16 y 17 de junio de 2009.

En el caso de la desnutrición, si bien no se cuenta con muchos estudios agregados de todos los países, hay trabajos parciales que pueden servir de referencia —algunos de los cuales se mencionaron en el recuadro III.1 de este documento. Así, un estudio sobre la desnutrición crónica infantil en ocho países de América Latina y el Caribe (Paraje, 2009) reveló que la “riqueza de los hogares” y el nivel educativo de las madres son los factores determinantes de su distribución. Además, considerando 53 países se demostró que el 56% de las muertes de menores de 5 años obedecen a la desnutrición.

Este flagelo —es decir, la desnutrición— no solo es consecuencia, sino también causa de la desigualdad económica, porque incrementa el empobrecimiento y está invariablemente relacionado con la pobreza —es más frecuente en el quintil más pobre de la población—, lo cual quiere decir que solo se logrará un impacto sostenible en materia de desnutrición removiendo sus causas socioeconómicas. Además, esta situación se agrava porque la desnutrición infantil genera secuelas a largo plazo, ya que en la edad adulta las personas que se vieron afectadas por este problema no logran una inserción apropiada en el sector productivo, reproduciéndose así el ciclo de la pobreza y la desnutrición en las futuras generaciones.

La relación entre crisis económica y mortalidad infantil ha sido documentada por Romeo y Warcwald (2000), quienes utilizando información de nueve países latinoamericanos en las décadas de 1980 y 1990 y sobre la base de los indicadores socioeconómicos y las variaciones de la tasa de mortalidad infantil, concluyeron que esta última depende de los cambios económicos a corto plazo. Asimismo, encontraron una correlación inversa y significativa entre el ritmo de disminución de la mortalidad infantil y el aumento de la pobreza y establecieron diferencias entre los países según el ingreso económico.

Por otra parte, al analizar los efectos del ajuste estructural de los años ochenta del siglo pasado en la situación de la salud en América Latina en el período comprendido entre 1980 y 2000, se ha demostrado que la reducción del tamaño del Estado —medido en función del gasto público total— afectó significativamente las condiciones de salud y en particular la mortalidad infantil y la esperanza de vida (Franco, Palma y Álvarez-Dardet, 2006).

Finalmente, la relación entre la actual crisis económica mundial y los principales retos y desafíos en materia de salud ya han sido descritos en varios estudios mencionados por Barry y Sidel (2009): la desnutrición, el aumento del número de personas sin hogar, de los niños en “situación de calle” —es decir, con condiciones de vida deterioradas— y del desempleo; la drogadicción y otros problemas de salud mental como el alcoholismo y la depresión; el incremento de la mortalidad y el deterioro de la salud infantil como consecuencia de la pobreza, y la violencia doméstica y comunitaria a causa del desempleo, el subempleo, la frustración y la desesperación.

C. ALTERNATIVAS DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Enfrentar los efectos de la crisis actual en la situación de salud de la región es una tarea compleja, porque se experimentan primero en la cantidad y calidad del empleo de los grupos más vulnerables y en la posible reducción de los recursos asignados a los programas de transferencias y los sistemas de protección social.

Las políticas deben centrarse en la protección de los logros sociales obtenidos hasta antes de la crisis, específicamente el empleo de calidad, el incremento del gasto público y del gasto social y la ampliación del nivel de cobertura de los programas de transferencias y de los componentes solidarios de los sistemas de seguridad social. Las soluciones tendrán que reforzar el enfoque de la salud y la seguridad social como derechos y orientar importantes esfuerzos a la eliminación de las diferencias de acceso a los servicios de salud según género, etnia, cultura y edad.

Como se resume en el cuadro VIII.1, el panorama de las políticas desarrolladas e implementadas por los países a fin de enfrentar la crisis es amplio y auspicioso, pero el riesgo de su sostenibilidad ante el deterioro de las finanzas públicas es elevado. Para evitar que los logros se inviertan, se requiere de una voluntad política renovada.

En resumen, la situación económica y social está estrechamente relacionada con el estado de la salud tanto dentro como entre los países, de manera que es posible establecer una vinculación entre las crisis económicas y el deterioro de los indicadores demográficos y de salud. También se ha observado que los efectos de la actual crisis económica en la salud serán rápidos y que las personas cercanas al margen de pobreza serán las más afectadas a causa de ello. El desempleo es el indicador más determinante de los efectos directos de la crisis en la salud.

Las medidas sociales y económicas que se adopten en el contexto de la crisis deben encaminarse a proteger los avances logrados hasta antes de esta coyuntura crítica, específicamente el empleo de calidad; a conservar algunos factores amortiguadores como el gasto público de salud y a cumplir una función de redistribución, haciendo hincapié en el enfoque de la salud y la seguridad social como derechos y destinando importantes esfuerzos a la eliminación de las diferencias de acceso a los servicios de salud entre los países y los diversos grupos poblacionales.

Cuadro VIII.1
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: POLÍTICAS SOCIALES IMPLEMENTADAS
 PARA ENFRENTAR LA CRISIS, HASTA AGOSTO DE 2009**

País	Política
Argentina	Estímulo (mediante incentivos) a la formalización de los trabajadores. Aumento salarial del 15,5% para los empleados públicos nacionales: un 8% en junio de 2009 y un 7% en agosto del mismo año.
Bolivia (Estado Plurinacional de)	Pago del bono madre niño-niña Juana Azurduy, que comenzó en mayo de 2009. Los beneficiarios de este bono son las madres gestantes y las niñas y niños menores de 2 años.
Brasil	Mantenimiento de los gastos del programa Bolsa Familia y las obras del Programa de Aceleración del Crecimiento (PAC).
Chile	Otogamiento de un bono de 70 dólares por carga familiar para las familias más vulnerables en marzo de 2009.
Costa Rica	Subsidios para alimentos, transporte y gasolina. Mayor gasto social en educación y vivienda. Aumento del 15% de las pensiones del régimen no contributivo de la Caja Costarricense del Seguro Social. Proyecto para ofrecer alimentación durante los fines de semana (en los centros infantiles de los 37 cantones de menor desarrollo). Programa Avancemos: incremento del número de becas.
El Salvador	Fortalecimiento del programa Red Solidaria para abatir la pobreza extrema, duplicando (de 150 a 300 dólares) el monto de ayuda a cada familia con hijos en la primaria. Fortalecimiento del nivel de vida de las familias de ingreso medio mediante el Programa Alianza por la Familia: descuentos a las colegiaturas, ampliación de la cobertura de salud, revalorización de las pensiones, pago del 100% del salario a las madres trabajadoras (ISSS) en licencia por maternidad. Programa de comunidades urbanas solidarias, destinado a mejorar el nivel de vida en los asentamientos urbanos mediante servicios públicos básicos, construcción de viviendas, bono de educación para niños y jóvenes y seguridad ciudadana. Perfeccionamiento del programa Red Solidaria (Comunidades Solidarias Rurales).
Haití	Asignación presupuestaria para la consolidación del programa Mi Familia Progresá y otros programas de carácter social, hasta llegar a un total de 458.000 familias beneficiadas. Ejecución de programas de desarrollo rural. Programas de subsidio a los gastos de alimentación y transporte.
Honduras	Incremento del presupuesto de programas como merienda escolar, matrícula gratis de las escuelas rurales, paquete básico de servicios de salud, reforestación, bonos educativos, subsidios al combustible y la energía eléctrica. Apoyo a la vivienda social, las pymes agrícolas y ciertos sectores sociales.
México	Programa de apoyo alimentario en zonas de atención prioritaria: mejoras en la alimentación y nutrición de los hogares en las localidades más alejadas del país. Expansión del programa social Oportunidades: préstamo del Banco Mundial.
Nicaragua	Asignación de apoyos y subsidios en materia de alimentos. Asignación de subsidios para la compra de combustibles.
Panamá	Programas de mejora de la canasta básica, subsidios para productores de granos básicos y programas de salud para las personas no aseguradas. Descuento en la tarifa para los usuarios cuyo consumo de energía mensual no supere cierto rango.
Paraguay	Expansión del programa de transferencias condicionadas para beneficiar a familias en situación de extrema pobreza. Alcanzan a 600.000 habitantes, es decir, a la mitad de las personas que viven en situación de extrema pobreza.
Perú	Inversión en recursos adicionales para el mantenimiento y equipamiento de instituciones de educación y salud. Presupuestos de programas sociales (Fondo para la Igualdad y Programa de Complementación Alimentaria).
República Dominicana	Focalización del subsidio al gas licuado de petróleo (GLP) para beneficiar a los grupos más pobres de la población. Creación de dos programas: i) subsidio focalizado del GLP para el transporte público, que beneficia a 24.000 choferes del sector, y ii) subsidio focalizado del GLP para los hogares, con una cobertura estimada de 800.000 hogares. Programa Solidaridad, de asistencia social: subsidios para compra de alimentos, asistencia escolar y ayuda a personas mayores. Ampliación de la cobertura del seguro familiar de salud en el régimen contributivo.

Fuente: CELADE-División de Población de la CEPAL, sobre la base de Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *La reacción de los gobiernos de las Américas frente a la crisis internacional: una presentación sintética de las medidas de política anunciadas hasta el 31 de agosto de 2009* (LC/L.3025), Santiago de Chile, abril de 2009.

CONCLUSIONES

De los marcos no vinculantes tomados como referencia —la Declaración de Alma Ata, el Programa de Acción de la Conferencia de El Cairo, los ODM y los lineamientos brindados por la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS—, así como de los tratados de derechos humanos ratificados por los países de la región, se desprenden algunas consideraciones clave para guiar la política y las intervenciones en materia de salud en América Latina y el Caribe. En primer lugar, destaca la necesidad de afianzar la atención primaria de salud y buscar su universalización, lo que implica también utilizar un enfoque orientado a la prevención y la promoción, opuesto al centrado en la atención y curación y a sus sesgos conexos, como la excesiva especialización y la fragmentación de los servicios.

En segundo lugar, se hace palpable la necesidad apremiante de reducir y tratar de eliminar las inequidades en materia de acceso a los servicios integrales de salud y a la salud sexual y reproductiva, que expresan el menoscabo del ejercicio de los derechos de los segmentos excluidos de la población. Ello obedece a las deficiencias del diseño e implementación de las políticas y programas públicos de salud y de los arreglos para la gestión privada o mixta a que dieron lugar las reformas de los sistemas de salud, que en algunos casos han exacerbado las inequidades al tamizar el acceso a las atenciones de salud con criterios estrictamente económicos.

En tercer lugar, se pone de relieve la necesidad de adoptar el enfoque de los derechos humanos, de manera gradual pero efectiva, en la legislación, la institucionalidad y las políticas y programas generales de salud y de salud sexual y reproductiva. Esto implica garantizar, sin discriminación alguna, la disponibilidad, la accesibilidad segura tanto económica como física, la aceptabilidad y la calidad de los establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como la presencia de programas que funcionen plenamente, la disponibilidad de medicamentos esenciales, la existencia de agua limpia y de instalaciones de salud adecuadas. En su obligación de garantizar el derecho a la salud, y dadas las inequidades en materia de acceso a estos servicios, los Estados de la región deben promover activamente las mejoras estructurales e infraestructurales necesarias para ampliar la disponibilidad y mejorar la oportunidad y calidad de los servicios, incluidas las acciones de educación, comunicación y promoción del caso. Por otra parte, debido a las evidentes brechas de implementación de los derechos entre determinadas áreas geográficas y grupos poblacionales, se requiere hacer hincapié en la adopción de esquemas redistributivos desde el punto de vista económico, social y espacial a fin de garantizar el acceso a la salud de las poblaciones apartadas, marginadas o discriminadas —especialmente las personas con discapacidad, los pueblos indígenas, los afrodescendientes, las personas mayores, las mujeres y los adolescentes, entre otros—, así como de medidas que promuevan la participación y el empoderamiento de las comunidades y las personas para que ejerzan el mayor grado de control posible sobre los factores que determinan su salud.

Como resultado de la evaluación de los logros alcanzados respecto de los acuerdos, objetivos y metas adoptados en las conferencias y cumbres internacionales que se han tomado como referencia, particularmente el Programa de Acción de la CIPD y los ODM, hay que reconocer que la región ha realizado avances significativos en varios aspectos relacionados con la salud. Desde esta perspectiva, el informe aporta evidencias adicionales sobre el aumento sustancial de la esperanza de vida al nacer de la región en su conjunto, incremento que se debe principalmente a la reducción de la mortalidad infantil, la que a su vez ha obedecido a los programas de salud materno-infantil y a cambios socioeconómicos y demográficos sostenidos como el aumento del grado de cobertura de los servicios de agua potable y saneamiento, la urbanización, el incremento de los niveles educativos de la población y el descenso de la fecundidad. También se ha constatado una reducción importante de la mortalidad en la niñez: en 16 de los

35 países de la región de que se dispone de información al respecto disminuyó más del 50% en el período 1990-2009; aún así, según las proyecciones vigentes solo cinco alcanzarían la meta propuesta en los ODM para 2015.

Sin embargo, la evaluación de los avances del Programa de Acción de la CIPD y de los ODM y la revisión de indicadores actualizados realizada en este trabajo permiten concluir que en otras materias los progresos pueden calificarse de modestos, sea considerando las metas propuestas o en comparación con lo que habría podido esperarse dado el nivel de desarrollo relativo de la región o su tránsito por contextos favorables como el bono demográfico y la coyuntura económica positiva del quinquenio anterior al inicio de la crisis, en el último trimestre de 2008. Son los casos de la mortalidad materna, la fecundidad adolescente y la mortalidad juvenil a causa de accidentes y violencia.

La mortalidad materna es el indicador que presenta menos avances en relación con las metas planteadas en los ODM, pero además, la sola consideración de su magnitud absoluta de 15.000 muertes de mujeres en plena edad reproductiva es inaceptable, por cuanto la totalidad de estas defunciones podría evitarse mediante la aplicación de los protocolos conocidos de prevención, atención prenatal, atención de calidad durante el parto, cuidados obstétricos de emergencia y planificación familiar. De hecho, un indicador del nivel de asistencia prenatal —la proporción de mujeres embarazadas que han tenido al menos cuatro consultas prenatales— indica que el acceso a este servicio que forma parte de la salud reproductiva es bastante restringido en la región. El tratamiento integral de la salud materna implica también abordar la inequidad de género, la respuesta al aborto inseguro y a la violencia contra la mujer y superar las deficiencias en cuanto al registro de la morbimortalidad materna.

La persistencia de un nivel de fecundidad adolescente elevado y socialmente muy desigual es preocupante a causa de las adversidades que implica. La falta de proyectos de vida alternativos a la fecundidad temprana, que afecta sobre todo a las muchachas y muchachos pobres, es un factor clave de esta persistencia. Por ello, ampliar las oportunidades educacionales, formativas, laborales y culturales para las y los adolescentes debiera traducirse en un descenso sostenido de su fecundidad. Hay otros factores clave que explican la alta, pertinaz y desigual maternidad temprana. Se trata de las barreras socioculturales e institucionales de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, la incapacidad del sistema de salud de acoger las necesidades de atención específicas de los y las adolescentes y la deficiente formación en materia de educación sexual integral. La adopción inmediata de políticas públicas activas, orientadas a facilitar el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva adecuados y a lograr una efectiva educación sexual integral es, entonces, crucial para la pronta reducción de la fecundidad adolescente. Lo anterior debe efectuarse tomando en cuenta las especificidades psicosociales de los y las adolescentes, así como el contexto cultural en que viven. La mera oferta de servicios de salud sexual y reproductiva es insuficiente: también es preciso habilitar la demanda mediante actividades de consejería, información y concientización. Los adolescentes empoderados estarán en mejores condiciones de satisfacer sus demandas, adoptar conductas preventivas, resistir situaciones de presión y evitar el abuso y la explotación sexuales.

América Latina y el Caribe han avanzado en el reconocimiento de los derechos reproductivos como parte integral de los derechos humanos y los países han identificado la centralidad de la meta de acceso universal a la salud sexual y reproductiva. Como resultado de ello, la región ha logrado avances significativos en la creación de leyes, políticas, programas e instituciones públicas para atender los temas relacionados con la salud y la salud sexual y reproductiva. Esto se refleja en los altos índices de prevalencia anticonceptiva y en la reducción del grado de demanda insatisfecha de planificación familiar en la gran mayoría de los países. Pero a pesar de los avances, la meta planteada en el Plan de Acción Regional Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo, en el sentido de reducir a la mitad

la demanda insatisfecha de métodos de planificación familiar, solo llegaría a cumplirse en tres países si las tendencias observadas continúan. Como consecuencia de ello, se requieren esfuerzos adicionales por remover las barreras de acceso, sobre todo para los adolescentes y jóvenes —como se dijo—, además de incorporar claramente esta meta en los sistemas de protección social y en las políticas de salud, educación y reducción de la pobreza. En cuanto a la respuesta al VIH/SIDA hay un panorama auspicioso, que obedece sobre todo al grado de cobertura del tratamiento antirretroviral. Los avances podrían convertir a América Latina en la primera región del mundo en cumplir los compromisos de la CIPD y los ODM sobre el tema. Pero persisten, por una parte, algunos déficits en materia de acciones de prevención y, por otra, profundas inequidades en los logros alcanzados por los países, regiones y grupos poblacionales.

El desafío pendiente más importante para la región continúa siendo la reducción de las inequidades. La distribución desigual del ingreso y de los beneficios del desarrollo es una característica de hondas raíces estructurales en América Latina y el Caribe, pero no por eso aceptable. El documento revela brechas preocupantes al comparar indicadores como la mortalidad infantil, el acceso de los niños a la atención médica infantil por enfermedad respiratoria aguda o enfermedad diarreica aguda, el acceso de las madres a la atención profesional durante el parto, la prevalencia anticonceptiva y la fecundidad no deseada, entre otros, según zona de residencia —urbana o rural—, nivel educativo, quintiles de riqueza o pertenencia étnica. La importancia de subrayar estas inequidades proviene del reconocimiento de que los factores vinculados a los altos niveles de morbilidad y mortalidad afectan principalmente a la población más pobre y vulnerable, con lo cual se retroalimentan las condiciones de pobreza y se limitan en gran medida las posibilidades de avance hacia las metas trazadas.

Las tendencias demográficas y epidemiológicas futuras y los posibles efectos a mediano y largo plazo de la crisis económica y de los desastres naturales que está enfrentando la región pueden convertirse en grandes obstáculos para el avance respecto de las metas planteadas y, sobre todo, para la superación de las inequidades de acceso a la salud y la salud sexual y reproductiva. La creciente proporción de personas mayores dentro de la población y la también creciente intensidad en el uso de servicios de salud más complejos y de mayor costo implican, por una parte, un mayor riesgo de exclusión de la población menos favorecida en el acceso a tales servicios y, por otra, dada la ausencia de políticas públicas que atiendan a la necesidad de cuidados, que los hogares y algunas personas dentro de ellos —usualmente las mujeres— estén asumiendo una carga y un costo cada vez mayor de cuidado de la población dependiente, lo que agrava la vulnerabilidad de las familias, de las personas que precisan el cuidado y de las que prestan la asistencia. Por lo tanto, es necesario que los gobiernos avancen hacia el reconocimiento y la inclusión del cuidado en las políticas públicas como un asunto de responsabilidad colectiva, sostenido mediante prestaciones y servicios que maximicen la autonomía y el bienestar de las familias y las personas en el marco de los sistemas de protección social.

Además, la consideración de las tendencias mencionadas conduce a proyectar un aumento sustancial del gasto de salud como porcentaje del PIB en los países de la región en las próximas tres décadas y, por lo tanto, la financiación del sistema de salud probablemente surgirá como un importante asunto de preocupación pública en América Latina y el Caribe. Al respecto, es necesario instar a los gobiernos regionales a desarrollar proyecciones de gasto a mediano y sobre todo a largo plazo, puesto que el cambio demográfico es uno de los factores más importantes en la determinación de los resultados de la política social, pero sus efectos no pueden apreciarse a corto plazo. Estas proyecciones son especialmente relevantes, ya que es probable que para muchos gobiernos de la región financiar el sector de la salud implicará un mayor desafío fiscal que costear las pensiones. Por ello, es preciso mantener y reforzar las tendencias de incremento del gasto de salud que venían observándose en la región. Finalmente, se hace evidente la necesidad de estudiar y adoptar estrategias de salud preventiva de base amplia, orientadas a aumentar el acceso a alimentos sanos, realizar mayor actividad física y eliminar el consumo de tabaco, a

fin de prevenir o reducir los gastos sociales y económicos de las enfermedades crónicas que subyacen a las proyecciones de los gastos de salud expuestas en el informe.

Otra tendencia demográfica que es necesario tener en cuenta es el incremento de los flujos migratorios vinculados al contexto de la globalización, que en algunos países de la región pueden ocasionar una pérdida neta del personal profesional del sector de la salud. De continuar esta tendencia emigratoria, muchos países no van a contar con personal especializado suficiente como para responder a la demanda creciente de atención y cuidados médicos cada vez más especializados y complejos. Dado que estos procesos migratorios obedecen a la existencia de mejores oportunidades en otros países, son difíciles de invertir. Sin perjuicio de que se establezcan políticas de estímulo laboral a los médicos que permanezcan en sus países de origen, sería conveniente establecer sistemas de intercambio y acuerdos transnacionales que permitan maximizar la utilización de los recursos humanos del sector.

Los riesgos de estancamiento o retroceso en la igualdad de acceso a las prestaciones de salud y de salud sexual y reproductiva se agudizan en el contexto de la crisis y los desastres naturales que enfrenta actualmente la región. Existe el riesgo de que esta situación implique un deterioro de los indicadores de salud y, en ese caso, las personas cercanas al margen de pobreza serán las primeras y más perjudicadas. El eventual empobrecimiento de algunos núcleos poblacionales puede traducirse en un incremento de la desnutrición y de algunas enfermedades infecciosas intestinales, parasitarias y respiratorias, desacelerando por esta vía los avances en materia de mortalidad. También puede haber una influencia indirecta de la crisis en la situación de salud, al afectar los ingresos públicos, la institucionalidad sanitaria y los mecanismos de protección social. Las políticas sociales y económicas que se implementen para hacer frente a las repercusiones de la crisis en el sector de la salud deben enfocarse en la protección de los logros sociales obtenidos hasta antes de esta coyuntura crítica, específicamente el empleo de calidad, la conservación y aumento de los niveles de gasto público de salud ya alcanzados, la ampliación de la cobertura de los programas de transferencias, la eliminación de los elementos regresivos y el refuerzo de los componentes solidarios de los sistemas de seguridad social. En las soluciones habrá que hacer hincapié en el enfoque de la salud y la seguridad social como derechos, destinando importantes esfuerzos a la eliminación de las diferencias de acceso a los servicios de salud y de salud sexual y reproductiva entre los países y los diversos grupos poblacionales.

Bibliografía

- Anderson, R. N. y otros (2001), "Comparability of cause of death between ICD-9 and ICD-10: Preliminary estimates", *National Vital Statistics Reports*, vol. 49, N° 2.
- Bang, A., M. H. Reddy y M. D. Deshmukh (2002), "Child mortality in Maharashtra", *Economic Political Weekly*, N° 37.
- Barrett, Ronald y otros (1998), "Emerging and re-emerging infectious diseases: the third epidemiologic transition", *Annual Review of Anthropology*, vol. 27.
- Barros, F. y otros (2005), "The challenge of reducing neonatal mortality in middle-income countries: findings from three Brazilian birth cohorts in 1982, 1993 and 2004", *Lancet*, N° 365.
- Barry, L. y V. W. Sidel (2009), "Crisis económica y salud pública", *Medicina social*, vol. 4, N° 2.
- Bartley, M. (2004), *Health Inequality. An Introduction to Theories, Concepts and Methods*, Cambridge, Polity Press.
- Bay, Guiomar y Hernán Orellana (2007), *La calidad de las estadísticas vitales en la América Latina* (LC/R.2141), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), diciembre.
- Behm, Hugo (1992), *Las desigualdades sociales ante la muerte en América Latina*, Serie B, N° 96 (LC/DEM/R.182), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Ben Shlomo, Y.; I. White y M. Marmot (1996), "Does the variation in the socioeconomic characteristics of an area affect mortality?", *British Medical Journal*, N° 312.
- Bergsj, P. (2001), "What is the evidence for the role of antenatal care strategies in the reduction of maternal mortality and morbidity? Safe motherhood strategies: a review of the evidence", *Studies in Health Services Organization and Policy*, N° 17, V. De Brouwere y E. Van Lerberghe (eds).
- Black, R. E.; S. S. Morris y J. Bryce (2003), "Where and why are 10 million children dying every year?", *Lancet*, N° 361.
- Baochang, Gu (2009), "The arrival of low fertility in China", *Ultra-Low Fertility in Pacific Asia. Trends, Causes and Policy Issues*, G. Jones, P. Straughan y P. Chan (orgs.), Routledge Research On Public and Social Policy in Asia, Universidad Nacional de Singapur.
- Bolaños, M. V. (2000), "Revisión crítica a la teoría de la transición epidemiológica", *Papeles de población*, N° 25, Toluca, Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la Población, julio-septiembre.
- Bongaarts, J. (2001) "Fertility in post-transitional societies", *Population and Development Review*, Supplement 24, N° 2.
- Brena, Ingrid (2006), "El derecho a la salud en Latinoamérica", documento presentado en el octavo congreso mundial de bioética, Beijing, 6 a 9 de agosto.
- Brenner, H. A. (2005), "Commentary: Economic growth is the basis of mortality rate decline in the 20th century -experience of the United States 1901-2000", *International Journal of Epidemiology*, N° 34.
- Bronfman, Mario, René Leyva F. y Mirka Negroni (2004), *Movilidad poblacional y VIH/SIDA: contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica*, México, D.F., Instituto Nacional de Salud Pública.
- Canales, Alejandro I. y otros (2009), "Migración y salud en zonas fronterizas: informe comparativo sobre cinco fronteras seleccionadas", Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), inédito.
- Canales, Alejandro, Patricia Vargas e Israel Montiel (2009a), "Migración y salud en zonas fronterizas: Guatemala y México", *serie Población y desarrollo*, N° 91, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), en prensa.

- _____ (2009b), “Migración y salud en zonas fronterizas: Haití y República Dominicana”, *serie Población y desarrollo*, N° 90, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), en prensa.
- Caselli, Graziella (1991), “Health transition and cause-specific mortality”, *The Decline of Mortality in Europe*, R. Schofield, D. Reher y D. Bideau (eds.), Oxford, Clarendon.
- CDSS (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud) (2008), *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud* (WHO/IER/CSDH/08.1), Ginebra, Organización Mundial de la Salud (OMS).
- _____ (2007), *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. Discussion Paper, Ginebra, Organización Mundial de la Salud (OMS).
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2010), *Anuario estadístico de América Latina y el Caribe 2009* (LC/G.2430-P/B), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: E/S.10.II.G.1.
- _____ (2009a), *La reacción de los gobiernos de las Américas frente a la crisis internacional: una presentación sintética de las medidas de política anunciadas hasta el 31 de agosto de 2009* (LC/L.3025), Santiago de Chile.
- _____ (2009b), *Panorama social de América Latina, 2009* (LC/G.2423-P/P), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.09.II.G.135.
- _____ (2008), *Panorama social de América Latina, 2008* (LC/G.2402-P/E), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.08.II.G.89.
- _____ (2007), *Panorama social de América Latina, 2007* (LC/G.2351-P/E), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.07.II.G.124.
- _____ (2006a), *La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad* (LC/G.2294(S.E.S.31/3)), Santiago de Chile.
- _____ (2006b), *Panorama social de América Latina, 2006* (LC/G.2326-P/E), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.06.II.G.133.
- _____ (2005), *Panorama social de América Latina, 2005* (LC/G.2288-P/E), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.05.II.G.161.
- _____ (1998), *Población, salud reproductiva y pobreza* (LC/G.2015(S.E.S.27/20)), Santiago de Chile.
- _____ (1996), *Plan de Acción Regional Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo* (LC/G.1920), Santiago de Chile [en línea] <http://www.eclac.org/celade/publica/lcg1920e/LCG1920e-todo.html>.
- CEPAL/CELADE (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía-División de Población de la CEPAL) (2009), “Estimaciones y proyecciones de población actualizadas a septiembre de 2009 a partir de la revisión de 2008 [en línea] http://www.cepal.org/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm.
- _____ (2008a), “Mortalidad”, *Observatorio demográfico*, N° 4 (LC/G.2350-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: E/S.07.II.G.173.
- _____ (2008b), *Transformaciones demográficas y su influencia en el desarrollo en América Latina y el Caribe* (LC/G.2378(S.E.S.32/14)), Santiago de Chile.
- _____ (2005), “Dinámica demográfica y desarrollo en América Latina”, *serie Población y desarrollo*, N° 58 (LC/L.2235-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.04.II.G.155.
- _____ (2003), “La situación de las personas mayores”, documento presentado en la Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento, Santiago de Chile, 19 al 21 de noviembre.
- _____ (1993), *Población, equidad y transformación productiva* (LC/DEM/G.131/Rev.1-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.93.II.G.8.

- CEPAL/CELADE/UNFPA (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía-División de Población de la CEPAL/Fondo de Población de las Naciones Unidas) (2009a), “Grado de avance de las metas de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo relacionadas a la salud en América Latina y el Caribe”, Santiago de Chile, inédito.
- _____ (2009b), “Informe de América Latina sobre los progresos y las perspectivas de la implementación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo 1994-2009”, versión preliminar presentada en el seminario regional Avances y acciones clave para la implementación del Programa de Acción de El Cairo, a 15 años de su aprobación, Santiago de Chile, 7 y 8 de octubre.
- _____ (2009c), “Conclusiones y recomendaciones del proceso de evaluación de la implementación del PA de la CIPD en América Latina”, versión preliminar presentada en el seminario regional Avances y acciones clave para la implementación del Programa de Acción de El Cairo, a 15 años de su aprobación, Santiago de Chile, 7 y 8 de octubre.
- CEPAL/OIJ (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Organización Iberoamericana de Juventud) (2008), *Juventud y cohesión social en Iberoamérica. Un modelo para armar* (LC/G.2391), Santiago de Chile.
- CEPAL/PMA (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Programa Mundial de Alimentos) (2007), “Análisis del impacto social y económico de la desnutrición infantil en América Latina. Resultados del estudio en Centroamérica y República Dominicana. Panorama general”, Santiago de Chile.
- CEPAL/UNICEF (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) (2006), *Desafíos. Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio*, N° 2, Santiago de Chile, abril.
- Chackiel, J. (2004), “La dinámica demográfica en América Latina”, *serie Población y desarrollo*, N° 52 (LC/L.2127-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.04.II.G.55.
- _____ (1999), “Mortality in Latin America”, *Health and Mortality Issues of global Concern* (ST/ESA/SER. R/152), Nueva York, Naciones Unidas.
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000), *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, Observación general, N° 14* (E/C.12/2000/4), Nueva York, Consejo Económico y Social.
- Courtis, Corina, Gabriela Liguori y Marcela Cerrutti (2009), “Migración y salud en zonas fronterizas: el Estado Plurinacional de Bolivia y la Argentina”, *serie Población y desarrollo*, N° 93, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), en prensa.
- Deaton, A. (2001), “Health, inequality, and economic development”, *CMH Working Paper Series*, N° WG1:3, Ginebra [en línea] http://www.cmhealth.org/docs/wg1_paper3.pdf [fecha de consulta: 20 de abril de 2004].
- Del Popolo, Fabiana y Ana María Oyarce (2005), “Población indígena de América Latina: perfil sociodemográfico en el marco de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y de las metas del Milenio”, *Notas de población*, N° 79 (LC/G.2284-P/E), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Delwarde, A., M. Denuit y P. Eilers (2007), “Smoothing the Lee-Carter and Poisson log-bilinear models for mortality forecasting: A penalized log-likelihood approach”, *Statistical Modelling*, N° 7.
- Di Cesare, Mariachiara (2007), “Interacciones entre transición demográfica y epidemiológica en Nicaragua: implicancias para las políticas públicas en salud”, *serie Población y desarrollo*, N° 79 (LC/L.2822-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.07.II.G.147.
- Editor’s Choice (1996), “The big idea”, *British Medical Journal*, N° 312.

- Famer, P. (2001), “Desigualdades sociales y enfermedades infecciosas emergentes”, *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, N° 19.
- Faust, M. M. y A. B. Dolman (1964), “Comparability ratios based on mortality statistics for the fifth and sixth revisions: United States, 1950”, *Vital Statistics – Special Reports*, vol. 51, N° 3.
- FONADIS/INE (Fondo Nacional de la Discapacidad/Instituto Nacional de Estadísticas) (2004), *Primer Estudio nacional de la discapacidad en Chile*, Santiago de Chile.
- Franco, A., D. Gil y C. Álvarez-Dardet (2005), “State size as measured in terms of public spending and world health, 1990-2000”, *Gaceta sanitaria*, vol. 19, N° 3.
- Franco, A., M. Palma y C. Álvarez-Dardet (2006), “Efecto del ajuste estructural sobre la situación de salud en América Latina y el Caribe, 1980-2000”, *Revista panamericana de salud pública*, vol. 19, N° 5.
- Franco-Giraldo, A. (2009), “Enfoque para el análisis de la crisis económica global y la salud”, *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, diciembre, en prensa.
- Frenk, J. y otros (1991), “La transición epidemiológica en América Latina”, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, vol. 111, N° 6, Washington, D.C..
- Guerra, Carlyle (2001), “La extensión de la protección social en salud en el nuevo Estado latinoamericano”, *Reforma y democracia*, N° 19, Caracas, Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD).
- Hagewen, K. S. y M. Morgan (2005), “Intended and ideal family size in the United States, 1970–2002”, *Population and Development Review*, vol. 31, N° 3, septiembre.
- Haggerty, J. L., N. Yavich y E. P. Báscolo (2009), “Grupo de Consenso sobre un Marco de Evaluación de la Atención Primaria en América Latina. Un marco de evaluación de la atención primaria de salud en América Latina”, *Revista panamericana de salud pública*, vol. 26, N° 5.
- Halbert, L. D. y W. Sbackley (1944), “Comparison of cause of death assignments by the 1929 and 1938 revisions of the International list deaths in the United States, 1940”, *Vital Statistics – Special Reports*, vol. 19, N° 14.
- Ham Chande, Roberto (2003), *El envejecimiento en México: el siguiente reto de la transición demográfica*, México, D.F., El Colegio de la Frontera Norte.
- Harwood, Rowan H., Avan Aihie Sayer y Miriam Hirschfeld (2004), “Prevalencia mundial actual y futura de la dependencia, relación con la población total y razones de dependencia”, *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, vol. 82, N° 4, Ginebra.
- Huenchuan, Sandra (ed.) (2009), “Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas”, *Libros de la CEPAL*, N° 100 (LC/G.2389-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.08.II.G.94.
- Hunt, Paul (2006), “Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Sr. Paul Hunt” (A/HRC/7/11), Consejo de Derechos Humanos.
- _____ (2004), “Los derechos económicos, sociales y culturales. El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Informe del Relator Especial, Sr. Paul Hunt” (E/CN.4/2006/48), Comisión de Derechos Humanos Nueva York.
- _____ (2003), “Los derechos económicos, sociales y culturales. El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Informe del Relator Especial, Sr. Paul Hunt, presentado de conformidad con la resolución 3003/31” (E/CN.4/2003/58), Comisión de Derechos Humanos, Nueva York.
- IBGE (Instituto Brasileño de Geografía y Estadística) (2000), “Censo demográfico 2000”, citado en A. Bercovich, “Armonización de estadísticas de discapacidad”, presentación realizada en la tercera Reunión sobre estadísticas de discapacidad en el Cono Sur, Buenos Aires, 10 y 11 de mayo de 2005.

- INDEC (Instituto Nacional de Estadística y Censos de la Argentina) (2003), “Primera Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad 2002-2003. Complementaria del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001” [en línea] www.indec.gov.ar.
- Janssen, F. y A. E. Kunst (2004), “Cambios de codificación de la CIE y discontinuidades en las tendencias de la mortalidad por causas específicas en seis países europeos, 1950–1999”, *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, vol. 82, N° 12.
- Jiménez, Maren Andrea y Jorge Rodríguez Vignoli (2009), “Evaluating the Millennium Development Goal target on universal access to reproductive health: a view from Latin America and the Caribbean”, documento presentado a la reunión anual de la Population Association of America, Detroit, 30 de abril a 2 de mayo.
- Jin, R. L., C. P. Shah y T. J. Svoboda (1995), “The impact of unemployment on health: a review of the evidence”, *Canadian Medical Association Journal*, vol. 153, N° 5.
- Jones G., P. Straughan y A. Chan (2009), “Very low fertility in Pacific Asian countries. Causes and policy responses”, *Ultra-Low Fertility in Pacific Asia. Trends, Causes and Policy Issues*, G. Jones, P. Straughan y P. Chan (orgs.), Routledge Research on Public and Social Policy in Asia, National University of Singapore.
- Juárez, F. y otros (2009), “Estimaciones del aborto inducido en México: ¿qué ha cambiado entre 1990 y 2006?”, *Perspectivas internacionales en salud sexual y reproductiva - Special Number – 2009*.
- Kennedy, B., I. Kawachi y D. Prothrow-Smith (1996), “Income distribution and mortality: cross-sectional ecological study of the Robin Hood”, *British Medical Journal*, N° 312.
- Kent, M. M. y S. Yin (2006), “Controlling infectious diseases”, *Population Bulletin*, vol. 61, N° 2.
- Khasnis, Atul A. y Mary D. Nettleman (2005), “Global warming and infectious disease”, *Archives of Medical Research*, N° 36.
- Klebba, A. J. (1975), “Comparability of mortality statistics for the seventh and eighth revisions of the international classification of diseases, United States”, *Data Evaluation and Methods Research*, vol. 2, N° 66.
- Klebba, A. J. y J. H. Scott (1980), “Estimates of selected comparability ratio based on dual coding of 1976 death certificates by the eighth and ninth revisions of the International Classification of Diseases”, *Monthly Vital Statistics Report*, vol. 28, N° 11.
- Larrea, Carlos e Ichiro Kawachi (2005), “Does economic inequality affect child malnutrition? The case of Ecuador”, *Social Science & Medicine*, vol. 60, N° 1, enero.
- Lawn, J., S. Cousens y J. Zupan (2005), “4 million neonatal deaths: When? Where? Why?”, *Lancet*, N° 365.
- Leibenstein, Harvey (1957), *Economic Backwardness and Economic Growth*, Nueva York, Wiley Co.
- Lubitz, James y otros (2003), “Health, life expectancy, and health care spending among the elderly”, *New England Journal of Medicine*, vol. 349, N° 11, septiembre.
- Lynch, J. W., G. Davey-Smith, G. A. Kaplan y J. S. House (2000), “Income inequality and mortality: importance of individual income, psychosocial environment or material pathways in health”, *British Medical Journal*, N° 320.
- Mackenbach, J. P. (1994), “The epidemiologic transition theory”, *Journal of Epidemiology and Community Health*, N° 48.
- Mackenbach, J. P. y otros (1995), “Competing causes of death: an analysis using multiple-cause-of-death data from the Netherlands”, *American Journal of Epidemiology*, vol. 141, N° 5.
- Macro International Inc. (2009), “Demographic and Health Surveys, MEASURE DHS STATcompiler” [en línea] <http://www.measuredhs.com> [fecha de consulta: 5 de diciembre].
- Marston, C. y J. Cleland (2003), “Relationships between contraception and abortion: a review of the evidence”, *International Family Planning Perspectives*, vol. 29, N° 1.

- Martínez, R. y A. Fernández (2009), “El costo del hambre: impacto social y económico de la desnutrición infantil en el Estado Plurinacional de Bolivia, Ecuador, Paraguay y Perú”, *Documentos de proyecto*, N° 260 (LC/W.260), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- McGrail, Kimberlyn y otros (2000), “Age, costs of acute and long-term care and proximity to death: evidence for 1987-88 and 1994-95 in British Columbia”, *Age and Ageing*, vol. 29, N° 3.
- Mendoza, D. V. (2009), “Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos: logros y retos de las políticas de población”, *Memorias del Foro Nacional “Las políticas de población en México. Debates y propuestas para el Programa Nacional de Población 2008-2012”* [en línea] <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/foronacional/mesa11.pdf> [fecha de consulta: 14 de septiembre de 2009].
- Mesa-Lago, C. (2009), “Efectos de la crisis global sobre la seguridad social de salud y pensiones en América Latina y el Caribe y recomendaciones de política”, *serie Políticas sociales*, N° 150 (LC/L.3104-P/E), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.09.II.G.85.
- Meslé, F. y J. Vallin (1996), “Reconstructing long-term series of cause of death – the case of France”, *Historical Methods*, N° 29.
- Messias, E. (2003), “Income inequality, illiteracy rate, and life expectancy in Brazil”, *American Journal of Public Health*, vol. 93, N° 8.
- Miller, Tim (2001), “Increasing longevity and medicare expenditures”, *Demography*, vol. 38, N°2.
- Miller, Tim, Carl Mason y Mauricio Holz (2009), “The fiscal impact of demographic change in ten Latin American countries: projecting public expenditures in education, health, and pensions”, documento presentado en el taller “Demographic Change and Social Policy”, Washington, D.C., Banco Mundial, 14 y 15 de julio.
- Miró, C. A. (2003), “Transición demográfica y envejecimiento demográfico”, *Papeles de población*, N° 35, enero-marzo.
- Murray, Christopher J. L. y A. D. López (1996), *The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud (OMS).
- _____ (1990), *Global Burden of Disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*, Londres, Harvard University Press.
- Musgrove, Ph. (1987), “The economic crisis and its impact on health and health care in Latin America and the Caribbean”, *International Journal of Health Services*, vol. 17, N° 3.
- Naciones Unidas (2009a), *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2009*, Nueva York.
- _____ (2009b), *Objetivos de Desarrollo del Milenio: tabla de progreso 2009*, Nueva York.
- _____ (2009c), “Mortalidad y morbilidad materna prevenible y los derechos humanos”, resolución 11/8 del Consejo de Derechos Humanos, 27° período de sesiones, 17 de junio.
- _____ (2008a), *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2008*, Nueva York.
- _____ (2008b), *Objetivos de Desarrollo del Milenio. La progresión hacia el derecho a la salud en América Latina y el Caribe* (LC/G.2364/Rev.1), Santiago de Chile.
- _____ (2008c), “World Populations Prospects. The 2008 Revision. Population Database » [en línea] <http://esa.un.org/UNPP/index.asp?panel=2>.
- _____ (2007a), “Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad” (A/RES/61/106), Nueva York, enero.
- _____ (2007b), *Estudio económico y social mundial 2007. El desarrollo en un mundo que envejece* (ST/ESA/314), Nueva York, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales.
- _____ (2007c), *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de 2007*, Nueva York.

- _____ (2005a), *Objetivos de Desarrollo del Milenio: una mirada desde América Latina y el Caribe* (LC/G.2331), J.L. Machinea, A. Bárcena y A. León (coords.), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.05.II.G.107.
- _____ (2005b), *Informe sobre la situación social en el mundo* (A/60/117), Nueva York, julio.
- _____ (1995), *Población y desarrollo. Programa de Acción adoptado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*, vol. 1 (ST/ESA/SER. A/149), Nueva York.
- NCHS (National Center for Health Statistics) (2009), “Comparability across revisions for selected causes” [en línea] <http://www.cdc.gov/nchs/data/dvs/comp2.pdf> [fecha de consulta: 7 de abril de 2009].
- Nervi, L. (2008), “Alma Ata y la renovación de la atención primaria de la salud”, Memoria del encuentro regional Retos para la revitalización de la APS en las Américas, El Salvador.
- Nicaragua, Ministerio de Salud (2004), *La discapacidad en Nicaragua: situación actual y perspectivas*, Managua.
- Notestein, F. W. (1945), “Population: the long view”, *Food for the World*, Theodore Schultz (ed.), Chicago, The University of Chicago Press.
- OCDE (Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos) (2009), *Health at a Glance 2009. OECD Indicators*, París.
- _____ (2005), *Health at a Glance: OECD Indicators 2005*, París.
- OIT (Organización Internacional del Trabajo) (2009), *La crisis financiera y económica: una respuesta basada en el trabajo decente* (GB.304/ESP/2), documento de discusión, Ginebra.
- OIT/OPS (Organización Internacional del Trabajo/Organización Panamericana de la Salud) (1999), “El gasto de bolsillo en salud en América Latina y el Caribe: razones de eficiencia para la extensión de la protección social en salud”, documento presentado en la Reunión regional tripartita Extensión de la protección social en salud a los grupos excluidos en América Latina y el Caribe, México, D.F., 29 de noviembre a 1 de diciembre.
- Olshansky, Jay y Brian Ault (1986), “The fourth stage of the epidemiological transition: the age of delayed degenerative diseases”, *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol. 64, N° 3.
- Olshansky, J., B. A. Cranes y C. Cassel (1990), “In search of Methuselah: estimating the upper limits to human longevity”, *Science*, N° 250.
- Omran, A. R. (1998), “The epidemiological transition theory revisited thirty years later”, *World Health Statistics Quarterly*, N° 51.
- _____ (1971), “The epidemiological transition: a theory of the epidemiology of population change”, *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol. 49, N° 4.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2009), *Estadísticas sanitarias mundiales 2009*, Ginebra.
- _____ (2008), *Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*, Ginebra.
- _____ (2007a), *Achieving Health Equity: from root causes to fair outcomes. Interim statement*, Ginebra, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud [en línea] http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/interim_statement_eng.pdf.
- _____ (2007b), “Everybody’s business: strengthening health systems to improve outcomes. WHO’s Framework for Action”, Ginebra.
- _____ (2007c), *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2003*, Ginebra, quinta edición.
- _____ (2007d), *Mortalidad materna en 2005. Estimaciones elaboradas por la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Banco Mundial*, Ginebra [en línea] http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789243596211_spa.pdf.
- _____ (2004a), *Beyond the Numbers: Reviewing Maternal Deaths and Complications to Make Pregnancy Safer*, Ginebra.

- _____ (2004b), *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2000*, Ginebra, cuarta edición.
- _____ (2002a), *Current and Future Long-Term Care Needs* (WHO/NMH/CCL/02.2), Ginebra.
- _____ (2002b), *Broadening the Horizon: Balancing Protection and Risk for Adolescents*, Ginebra.
- _____ (1992), *The Prevention and Management of Unsafe Abortion. Report of a Technical Working Group* (WHO/MSM/92.5), Ginebra.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (2009a), *Hacia la salud para todos: avances en torno a la atención primaria de salud en las Américas. Informe anual de la Directora* [en línea] http://www.paho.org/Director/AR_2009/spanish/message.htm.
- _____ (2009b), *Plan de acción sobre la salud de las personas mayores, incluido el envejecimiento activo y saludable* (CE144/9), 144.a sesión del Comité Ejecutivo de la OPS.
- _____ (2008), *Personas con discapacidad, derechos humanos y salud*, Washington, D.C.
- _____ (2007), *Salud en las Américas*, Washington, D.C.
- _____ (2006), *Estadísticas de salud de las Américas. Edición de 2006*, Washington, D.C., [en línea] http://www.paho.org/spanish/dd/ais/HSA2006_Chapt1.pdf.
- Paraje, G. (2009), “Desnutrición crónica infantil y desigualdad socioeconómica en América Latina y el Caribe”, *Revista CEPAL*, N° 99 (LC/G.2418-P/E), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Perpétuo I. H. O. y L. L. R. Wong (2009), “Desigualdade socioeconômica na utilização de métodos anticoncepcionais no Brasil: uma análise comparativa com base nas PNDS’s 1996 e 2006”, *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher*, Brasilia, Ministerio de Salud del Brasil/Centro Brasileño de Análisis y Planeamiento (CEBRAP).
- PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo) (2007), *Informe sobre desarrollo humano 2006. Más allá de la escasez: poder, pobreza y crisis mundial del agua*, Nueva York.
- Puga, María Dolores (2002), *Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España: una previsión a 2010*, Madrid, Fundación Pfizer.
- Regidor, E. (2002), “Determinantes socioeconómicos de la salud”, *Desigualdades sociales en salud: situación en España en los últimos años del siglo XX*, Alicante Cocentina, Universidad de Alicante.
- Rodríguez, Jorge (2009), *Reproducción adolescente y desigualdades en América Latina y el Caribe: un llamado a la reflexión y a la acción*, Santiago de Chile, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL/Organización Iberoamericana de Juventud (OIJ).
- Rodríguez-Piñero, Luis (2010), *Los desafíos de la protección internacional de los derechos de las personas de edad*, Santiago de Chile, en prensa.
- Rogers, R. G. y R. Hackenberg (1987), “Extending epidemiologic transition theory”, *Social Biology*, N° 34.
- Romeo, S. Z. y C. L. Warcwald (2000), “Crisis económica y mortalidad infantil en Latinoamérica desde los años ochenta”, *Cadernos de saúde pública*, vol. 16, N° 3.
- Rubinstein, A. (2007), “Años de vida ajustados a discapacidad y carga global de enfermedad (Dissability adjusted life years and global burden disease)”, *EVIDENCIA. Actualización en la Práctica Ambulatoria*, volu 10, N° 3, mayo-junio, Buenos Aires.
- Sanders, John W. y otros (2008), “The epidemiological transition: the current status of infectious diseases in the developed world ‘versus’ the developing world”, *Science Progress*, vol. 91, N° 1.
- Steele, C. y S. Chiarotti (2004), “With everything exposed: cruelty in post-abortion care in Rosario, Argentina”, *Reproductive Health Matters*, vol. 12, N° 24.
- Stupp, P., A. Daniel y D. W. Daniels (2009), *Comparación de tendencias en el uso de anticonceptivos en El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua*, Atlanta, Centros para el Control de Enfermedades.

- Subramanian, Kondo N. y otros (2008), "Economic recession and health inequalities in Japan: analysis with a national sample, 1986-2001", *Journal of Epidemiology and Community Health*, N° 62.
- Subramanian, S. V. y otros (2003), "Income inequality and health: Multilevel analysis of Chilean communities", *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 57, N° 11.
- Szwarcwald, C. L., C. L. Andrade y F. I. Bastos (2002), "Income inequality, residential poverty clustering and infant mortality: a study in Rio de Janeiro, Brazil", *Social Science & Medicine*, vol. 55, N° 12.
- Szwarcwald, C. L. y otros (1999), "Income inequality and homicide rates in Rio de Janeiro, Brazil", *American Journal of Public Health*, vol. 89, N° 6.
- UNESCO (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura) (1981), *Dimensión cuantitativa de la situación del analfabetismo en América Latina y el Caribe*, Santiago de Chile.
- UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas) (2007), *Análisis de situación de población. América Latina y el Caribe: diversidad y desigualdades*, Oficina Regional de América Latina y el Caribe.
- _____ (2004), *Programa de Acción*, aprobado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 5 al 13 de septiembre de 1994.
- UNIFEM (Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer) (2007), *Transformando la respuesta nacional al VIH/SIDA: incorporando la igualdad de género y los derechos humanos de las mujeres en los "Tres Unos"*.
- Vigoya, M. V. (1997), "El aborto en Colombia: debate público y dimensiones socioculturales", *Proceedings of the 1997 Conference of the Latin American Studies Association*, Guadalajara, 17 a 19 de abril [en línea] <http://colombia.indymedia.org/uploads/2006/01/abortocolombia.pdf>.
- Wilkinson, R. (1992), "Income distribution and life expectancy", *British Medical Journal*, vol. 304, N° 6820.
- Wilkinson, R. G. y K. E. Pickett (2009), *The Spirit Level. Why More Equal Societies almost always do Better*, Allen Lane, Penguin Book.
- _____ (2006), "Income inequality and population health: a review and explanation of the evidence", *Social Science and Medicine*, vol. 62, N° 7.
- Williamson, J. (2003), "No hay consenso en el significado", *Finanzas y desarrollo*, septiembre.
- Wolleswinkel-van de Bosch, J. H.; F. W. van Poppel y J. P. Mackenbach (1996), "Reclassifying causes of death to study the epidemiological transition in Netherlands, 1875-1992", *European Journal of Population*, N° 12.
- Zweifel, Peter, Stefan Felder y Markus Meiers (1999), "Ageing of population and health care expenditures: a red herring?", *Health Economics*, vol. 8, N° 6.