

Salud en Sudamérica

Edición de 2012

*Panorama de la situación de salud
y de las políticas y sistemas de salud*



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



Salud en Sudamérica

Edición de 2012

Panorama de la situación de salud y de las políticas y sistemas de salud

Equipo técnico de OPS/OMS que preparó el documento:

Autores principales y coordinación: César Gattini y Patricia Ruiz.

Contribuyentes: Celia Riera, Elisabeth Duarte, Mariela Licha Salomón, Alejandro Gherardi, Fernando Llanos, Humberto Montiel, Rolando Ramírez, Félix Rígoli y Javier Uribe.

**Proyecto de Información y Análisis de Salud (HSD/HA)
y Oficina de Apoyo Centrada en los Países (CFS)**

**Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud**

Washington DC, 2012

Se publica también en inglés:

Health in South America, 2012 Edition: Health Situation, Policies and Systems Overview

Biblioteca de la Sede de OPS/OMS - Catalogación

Organización Panamericana de la Salud

Salud en Sudamérica, edición de 2012: panorama de la situación de salud y de las políticas y sistemas de salud

Washington DC: 2012

ISBN: 978-92-75-31714-3

1. Indicadores de salud
2. Perfil de salud
3. Desigualdades de la salud
4. Salud ambiental
5. Políticas públicas
6. Sistemas y servicios de salud
7. América del Sur

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes deberán dirigirse al Área de Gestión de Conocimiento y Comunicaciones, Organización Panamericana de la Salud (OPS), Washington, D.C., Estados Unidos de América (pubrights@paho.org). El Centro de Información y Conocimiento, Oficina de la Representación OPS/OMS en Chile, Santiago, Chile, podrá proporcionar información sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles

© Organización Panamericana de la Salud, 2012

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

La Organización Panamericana de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Panamericana de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Contenidos

Contenidos	3
Lista de figuras y cuadros	5
Acrónimos	8
Presentación	9
Resumen ejecutivo	10
1. INTRODUCCIÓN Y CONTEXTO GENERAL	11
Introducción	11
Contexto geográfico, histórico y político	11
Características de la población	13
Desarrollo y salud	14
Objetivos de Desarrollo del Milenio y la Agenda de Salud de las Américas 2008-2017	18
2. LAS DETERMINANTES SOCIALES DE RELEVANCIA EN SALUD	21
El abordaje de las determinantes sociales	21
Ingreso económico	21
Empleo	22
Pobreza	24
Educación	26
Alimentación y nutrición	26
Agua y saneamiento básico	27
Ruralidad	27
Vulnerabilidad social	28
Exclusión social	30
Protección social	30
3. MEDIO AMBIENTE Y SEGURIDAD HUMANA	33
Abordaje de condiciones del ambiente	33
Agua potable y saneamiento básico	33
Contaminación de aire y otros	35
Residuos sólidos	36
Deforestación y degradación del suelo	37
Desastres naturales	37
Cambio climático y efectos sobre la salud	38
Seguridad vial	39
Violencia	40
Seguridad alimentaria y nutricional	41
Seguridad laboral	42

4. CONDICIONES DE SALUD Y TENDENCIAS	44
Condiciones de salud en grupos de la población	44
Mortalidad y tendencias	51
Morbilidad y tendencias	54
Factores de riesgo	62
5. POLÍTICAS, PROTECCIÓN SOCIAL Y SISTEMAS DE SALUD	64
Tendencias en desarrollo y reformas del sector salud	64
Legislación de salud	65
Financiamiento y gasto en salud	66
Protección social y aseguramiento en salud	67
Organización y estructura de los sistemas de salud	69
Recursos de infraestructura	70
Recursos humanos	71
Medicamentos y tecnología en salud	73
Provisión de servicios y cobertura asistencial	74
6. CONOCIMIENTO, TECNOLOGÍA E INFORMACIÓN	77
Uso de tecnología en información	77
Cibersalud	78
Biblioteca Virtual en Salud	78
Telesalud	79
Uso de redes sociales	79
Enseñanza virtual a distancia	80
Investigación en salud	80
7. COOPERACIÓN INTERNACIONAL Y ABORDAJE SUBREGIONAL	81
Introducción	81
Cooperación internacional	81
Abordaje subregional y agendas de salud	82
La agenda de salud de UNASUR	84
8. SÍNTESIS Y PERSPECTIVAS	87
Contexto general	87
Las determinantes sociales de relevancia en salud	87
Medio ambiente y seguridad humana	89
Condiciones de salud y sus tendencias	89
Políticas, protección social y sistemas de salud	91
Conocimiento, tecnología e información	93
Cooperación internacional y abordaje subregional	93

Lista de figuras y cuadros

Introducción y contexto general

Figura 1.1. Proporción de población menor de 15 años y de 65 y más años, en países de Sudamérica, 2010	14
Figura 1.2. Estructura de población según edad y sexo, en Sudamérica 1990 y 2010	15
Figura 1.3. Evolución del Ingreso Nacional Bruto (INB) por habitante (ajustado ppp, miles de US\$) en Sudamérica y en los países con niveles extremos, 1995 a 2009	15
Figura 1.4. Relación entre INB por habitante (ppp) y esperanza de vida al nacer en los países Sudamérica 2009	17
Cuadro 1.1. Participación de países en organismos intergubernamentales de Sudamérica, 2010	12
Cuadro 1.2. Tamaño y aumento de población en los países de Sudamérica, período 1990 a 2020	13
Cuadro 1.3. Variación en grandes grupos de edad en población en Sudamérica, entre 1990 y 2010	14
Cuadro 1.4. Indicadores seleccionados de desarrollo en países de Sudamérica, 2010	16
Cuadro 1.5. Evolución de la esperanza de vida al nacer en países de Sudamérica 1980 a 2010	17

Los determinantes sociales de relevancia en salud

Figura 2.1 Ingreso Nacional Bruto por habitante (INB) 2008 y razón entre el quintil de ingreso más rico (Q5) y el quintil más pobre (Q1) en países de Sudamérica, 2006-2009	22
Figura 2.2. Promedio anual de ingreso por trabajador ocupado, y tasa de desempleo en países de Sudamérica, 2006 o último año disponible	23
Figura 2.3. Pobreza e indigencia en países de Sudamérica. 2010 o último año disponible	25
Figura 2.4. Pobreza e indigencia en área urbana y rural en países seleccionados de Suramérica 2010 o último año disponible	25
Figura 2.5. Desnutrición crónica en niños menores de 5 años de edad, 1998-2006	27
Figura 2.6. Ruralidad en países de Sudamérica, 1975 y 2010	28
Figura 2.7. Principales tipos de cosas que las personas deberían tener, para sentirse parte de la sociedad en Sudamérica, 2007	29
Cuadro 2.1. Distribución del ingreso de las personas según quintil, en países de Sudamérica, 2010	21
Cuadro 2.2. Tasa de desempleo en países de Sudamérica 1990, 2000 y 2010	22
Cuadro 2.3. Ingresos y salarios (US\$) de los ocupados en sectores de distinta productividad, hombres y mujeres, en países de Suramérica, 2006 o último año disponible	23
Cuadro 2.4. Ingreso medio de la población económicamente activa ocupada, según inserción laboral, en países de Sudamérica, 2010	24
Cuadro 2.5. Alfabetismo y grado de educación en países de Sudamérica, 2010 (o último año disponible)	26
Cuadro 2.6. Proporción y cantidad de habitantes indígenas en países de Suramérica, 2004	28
Cuadro 2.7. Pobreza en grupos de población e indígena o afrodescendiente, en áreas urbanas y rurales de países seleccionados de Sudamérica, 2007 o último año disponible	29
Cuadro 2.8. Gasto público social en seguridad y asistencia social (US dólares de 2005) en países de Sudamérica, 2000 a 2009	30
Cuadro 2.9. Gasto público social en seguridad y asistencia social como porcentaje del producto interno bruto en países de Sudamérica, 2000 a 2009	31
Cuadro 2.10. Cobertura de la seguridad social en países seleccionados de Sudamérica, 2006 o último año disponible	31

Medio ambiente y seguridad humana

Figura 3.1. Proporción de superficie cubierta por bosques en países de Latinoamérica 1990 y 2010	37
Figura 3.2. Mortalidad por accidentes de tránsito terrestre en países de Sudamérica, 2007 a 2009	40
Cuadro 3.1. Cobertura de agua potable en países de Sudamérica, área urbana y rural, en 2000 y 2008	34
Cuadro 3.2. Cobertura de saneamiento en países de Sudamérica, área urbana y rural, en 2000 y 2008	34
Cuadro 3.3. Promedio anual PPM 2.5 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ en algunas ciudades seleccionadas de Sudamérica, entre 2006 y 2010	35
Cuadro 3.4. Emisiones de dióxido de carbono y consumo de sustancias que agotan el ozono en países de Latinoamérica 1990 y 2008 o 2009	35
Cuadro 3.5. Proporción de modalidad de prestación de servicios de recolección de residuos sólidos en países de Sudamérica, 2010	36
Cuadro 3.6. Vehículos y mortalidad por accidentes de tránsito terrestre, en países de Sudamérica, 2007	39
Cuadro 3.7. Mortalidad por suicidio y homicidio en países de Sudamérica, 2007 a 2009	41

Condiciones de salud y tendencias

Figura 4.1. Evolución de la mortalidad infantil y de menores de 5 años en Sudamérica 1990 a 2010, y de los países con niveles extremos en 1990	49
Figura 4.2. Mortalidad infantil en pueblos nativos o territorios, en países seleccionados de Sudamérica, 2006	50
Figura 4.3. Mortalidad general, corregida y ajustada, en países de Sudamérica, 2007 a 2009	52
Figura 4.4. Principales causas de mortalidad en hombres y mujeres de Suramérica, período 2007 a 2009	52
Figura 4.5. Principales causas de mortalidad en países de Suramérica, período 2007 a 2009	53
Figura 4.6. Evolución de la mortalidad general en Sudamérica, 1997 a 2007	53
Figura 4.7. Proporción de la población portadora del VIH con infección avanzada que tiene acceso a medicamentos antirretrovirales 2006 y 2009	58
Cuadro 4.1. Indicadores seleccionados de salud reproductiva en Sudamérica, 2010	44
Cuadro 4.2. Evolución de la mortalidad materna en Sudamérica desde 1990 y reducción esperada según el Objetivo de Desarrollo del Milenio 5 para 2015	45
Cuadro 4.3. Nivel y causas principales de mortalidad materna en países de Suramérica con distinta cobertura asistencial, 2007	46
Cuadro 4.4. Muertes de menores de 5 años proyectadas según las tasas seleccionadas de mortalidad infantil y de menores de 5 años en Sudamérica, año 2009 o último año disponible	46
Cuadro 4.5. Evolución de la mortalidad infantil en Sudamérica desde 1990 y reducción esperada según el Objetivo de Desarrollo del Milenio 4 para 2015	48
Cuadro 4.6. Evolución de la mortalidad de menores de 5 años en Sudamérica desde 1990 y reducción esperada según el Objetivo de Desarrollo del Milenio 4 para 2015	48
Cuadro 4.7. Mortalidad general en países de Sudamérica, según grupo de edad. 2006 o último año disponible	49
Cuadro 4.8. Mortalidad por enfermedades transmisibles en países de Sudamérica, 2007 a 2009	54
Cuadro 4.9. Casos y riesgo de malaria en países de Sudamérica, 2010	55
Cuadro 4.10. Prevalencia de VIH/sida en población de 15 a 49 años de edad en países seleccionados de Sudamérica	58
Cuadro 4.11. Escenario de eventuales defunciones, hospitalizaciones y consultas en una pandemia de influenza moderada o grave en Sudamérica. Población 2010	61
Cuadro 4.12. Mortalidad proporcional en principales causas de enfermedades no transmisibles, en países de Sudamérica (2008)	62

Cuadro 4.13. Prevalencia de factores de riesgo, en países de Sudamérica (2008)	63
--	----

Políticas, protección social y sistemas de salud

Figura 5.1. Gasto per cápita en salud y gasto de bolsillo en países de Sudamérica, 2010	67
Figura 5.2. Dentistas y enfermeras por 10.000 habitantes en países de Sudamérica, 2007	72
Cuadro 5.1. Gasto público social por habitante en salud en países de Sudamérica, 1990 a 2009	66
Cuadro 5.2. Cobertura poblacional según subsistema previsional o de salud en Sudamérica, 2010	68
Cuadro 5.3. Disponibilidad de camas por mil habitantes en países de Sudamérica, 1990, 2000 y 2010	70
Cuadro 5.4. Disponibilidad de médicos por 10 mil habitantes en países de Sudamérica, 1990, 2000 y 2010	71
Cuadro 5.5. Cumplimiento de regulación de medicamentos en países de Sudamérica, 2008	73
Cuadro 5.6. Cobertura de actividades asistenciales en países de Sudamérica, 2009	74

Conocimiento, tecnología e información

Cuadro 6.1 Cobertura de acceso a teléfonos e Internet en países de Latinoamérica hasta 2010	77
Cuadro 6.2. Posición de sitios más visitados en Internet de la Web 2.0, febrero de 2001	79

Cooperación internacional y abordaje subregional

Cuadro 7.1. Áreas prioritarias en agendas y planes de salud subregionales de Sudamérica	82
---	----

Acrónimos

ALADI	Asociación Latinoamericana de Integración
ALBA	Alianza Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CARICOM	Comunidad del Caribe
CAN	Comunidad Andina de Naciones
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CEPALSTATS	Base de datos Interactiva para América Latina y el Caribe de CEPAL
EVN	Esperanza de vida al nacer
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación
INB	Ingreso Nacional Bruto
IDH	Índice del Desarrollo Humano
MERCOSUR	Mercado Común del Sur
NV	Nacidos vivos
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio de Naciones Unidas
OTCA	Organización del Tratado de Cooperación Amazónica
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
UNASUR	Unión Suramericana de Naciones
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

Presentación

La Organización Panamericana de la Salud se complace en presentar la publicación “Salud en Sudamérica, Edición 2012” que aporta un panorama actualizado de la situación de salud y sus tendencias, así como los aspectos más relevantes de las políticas y sistemas de salud en los países de América del Sur. El documento sigue la línea editorial y contenidos de la publicación “Salud en las Américas 2012” y actualiza lo presentado en “Salud en Sudamérica 2008”, documento elaborado en 2009 por la Organización Panamericana de la Salud como un aporte informativo al Consejo Consultivo de Salud de UNASUR y al Plan Quinquenal 2010-2015 de UNASUR Salud.

Los aspectos relevantes de la situación de salud presentados en el documento incluyen el contexto del desarrollo político, económico y social; los determinantes sociales de relevancia en salud; el ambiente y seguridad humana; las condiciones de salud y sus tendencias; las políticas, organización, recursos y desempeño de los sistemas de salud; el conocimiento, tecnología e información en salud; la cooperación internacional y su abordaje subregional; una síntesis y posibles futuros contextos.

Las perspectivas de continuar mejorando la salud en Sudamérica se facilitan con un mayor desarrollo global y humano, en el contexto de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas y con los lineamientos de acción respecto a las políticas y fortalecimiento de los sistemas de salud planteados en la Agenda de Salud de las Américas 2008-2017.

Entre los principales desafíos se destaca la búsqueda de una mejor equidad y de niveles en la situación de salud de las poblaciones, en el acceso efectivo a sistemas de salud de calidad y en el abordaje de los determinantes sociales de la salud y el bienestar. Para ello, es esencial evaluar y resolver los problemas y desafíos aún pendientes, mantener los logros alcanzados y continuar trabajando con la agenda inconclusa en materia de salud y del sector sanitario. Ello permitirá orientar las políticas, decisiones y acciones que se puedan emprender hacia un mayor desarrollo global de las sociedades y de las condiciones de salud de las poblaciones.

Con este documento, la Organización Panamericana de la Salud busca contribuir con información - como insumo descriptivo y analítico - para las autoridades nacionales, profesionales, estudiantes, trabajadores y redes de individuos e instituciones dedicados a la atención, investigación y docencia en salud y en general, se dirige a todos aquellos que de algún modo u otro se relacionan con el ámbito de la salud pública a nivel comunitario, nacional y subregional, en los países de Sudamérica.

Mirta Roses Periago
Directora
Organización Panamericana de la Salud

Resumen ejecutivo

Los temas presentados en este panorama de la situación de salud en Sudamérica incluyen el contexto del desarrollo político, económico, demográfico y social; las determinantes sociales de relevancia en salud; el ambiente y seguridad humana; las condiciones de salud y sus tendencias, las políticas, sistemas de protección social y de salud; el conocimiento, tecnología e información; la cooperación internacional y abordaje subregional a las diversas agendas de salud.

En el ámbito de la interacción entre salud y desarrollo, los primeros cuatro capítulos se refieren a aspectos relevantes o indicativos de las condiciones de salud y sus aspectos determinantes en los diversos países.

El capítulo 1 presenta aspectos del contexto geográfico, histórico y político, que en el caso de Sudamérica tiene características comunes entre países y facilita la integración y conformación de bloques de integración.

Las determinantes sociales de relevancia en salud, sintetizadas en capítulo 2, constituyen un importante contexto de las condiciones de salud, que en caso de bajas condiciones de calidad de vida y nivel socioeconómico contribuyen a un menor nivel de salud y eventos evitables en poblaciones vulnerables.

En el capítulo 3 se expone las condiciones del ambiente en su relación con salud, con sus riesgos y tendencias. También son relevantes para la seguridad humana los desastres naturales, violencia, y el resguardo de seguridad vial, laboral y alimentaria.

En el capítulo 4 sobre condiciones de salud destaca que en general, continúa el avance histórico paulatino logrado en materias de salud en las últimas décadas, pero se mantienen desigualdades sociales y de salud que reflejan brechas o desafíos que implican necesidades de acción o respuestas organizadas y pertinentes por parte del sector salud.

En el capítulo 5 se exponen algunos aspectos que son relevantes de las políticas y legislación sanitarias, la protección social y aseguramiento, y la organización, estructura y funcionamiento de los sistemas de salud. La conformación y desempeño actual de los sistemas nacionales de salud (mezcla pública y privada) se relaciona con las tendencias del

desarrollo y reformas del sector salud, que en algunos casos ha enfatizado la modernización y mayor eficiencia del sistema de salud, con mayor participación del sector privado, y en otros se ha buscado mecanismos para aumentar la protección social en salud y la cobertura a servicios de salud, con énfasis en poblaciones más vulnerables y desprotegidas.

En el capítulo 6 se destacan aspectos relevantes de la tecnología y gestión de la información y conocimiento en salud, destacando iniciativas relacionadas con la red bibliotecas virtuales de salud, enseñanza virtual a distancia incluyendo el campus virtual de salud pública, uso de redes sociales y estrategias de telesalud y avances en investigación en salud.

El capítulo 7 se enfoca en la cooperación internacional y el abordaje subregional que enfrentan los países de Sudamérica y sus diversos bloques de integración. Destaca la existencia de diversas agendas de salud simultáneas en la subregión, con gran similitud y sobreposición de los temas prioritarios cubiertos. UNASUR Salud cuenta con un plan quinquenal 2010-2015, cuyos objetivos y resultados esperados son relativamente específicos y concretos, en temas cruciales que afectan a la salud y sistemas de salud en Sudamérica. El cumplimiento del plan de UNASUR salud se facilita por su compatibilidad con las otras agendas nacionales y de bloques, y en la medida que estas cumplan sus metas propuestas.

El capítulo 8 presenta una síntesis y perspectivas de la situación de salud en Sudamérica.

El documento utiliza información secundaria desde diversas fuentes nacionales e internacionales, y reporta una descripción tanto simple como analítica. El documento está en línea editorial y temporal con la publicación Salud de las Américas 2012 y actualiza lo reportado en el documento Salud en Sudamérica 2008. Se presenta información actualizada hasta 2010, con principal foco en el quinquenio 2006 a 2010. Con esta síntesis de situación relativamente actualizada, la Organización Panamericana de la Salud procura contribuir con un insumo informativo al servicio de las políticas y toma de decisiones en que el conjunto de países de Sudamérica están continuamente embarcados, en busca de preservar y mejorar la salud de los diversos grupos de su población.

1. INTRODUCCIÓN Y CONTEXTO GENERAL

En este capítulo se sintetiza el contexto político, social y económico de Sudamérica; las características relevantes de la población; la relación entre el nivel de desarrollo alcanzado y salud; y los objetivos y lineamientos para avanzar en salud y desarrollo según los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas y la Agenda de Salud de las Américas 2008-2017.

Introducción

Las condiciones de salud y de los sistemas de salud en los países de Sudamérica continúan en forma sistemática hacia un avance histórico paulatino, destacando logros en la reducción de eventos evitables de salud y aumento de las esperanzas de vida al nacer. Esta tendencia se mantuvo en el quinquenio 2006-2010. Sin embargo, este avance ha ocurrido a distinto nivel y velocidad entre los diversos países, y al interior de éstos. Las diferencias existentes en salud tienden a relacionarse con el desigual grado de desarrollo global y la influencia de los principales determinantes sociales de relevancia en salud. También influyen los distintos avances en las políticas y cobertura de sistemas de protección social en salud y en la organización, estructura y el desempeño de los sistemas de salud.

Estos factores están estrechamente interrelacionados e inmersos en el contexto político y económico y social de cada país y área geográfica. Por ello, las condiciones de salud de la población en Sudamérica se relacionan con el desarrollo económico y social y el proceso de transición demográfica ocurrido, en que destaca una menor fecundidad y reducción de muertes prematuras evitables.

Ello ha llevado al envejecimiento paulatino de la población y a cambios en el perfil epidemiológico, destacando el aumento de enfermedades crónicas y problemas de salud que se concentran paulatinamente en edades mayores (1-5). Se mantiene el impacto prevenible de enfermedades transmisibles afectas a prevención y control (especialmente en países y lugares de menor desarrollo socioeconómico y presencia de vectores) y las enfermedades de tipo crónico-degenerativo han aumentado en relación a cambios de estilo de vida y envejecimiento de la población. Las enfermedades crónicas no transmisibles y las causas externas han remplazado a las transmisibles como principales causas de muerte y mayor causa de carga de enfermedad (3-5).

Los sistemas de protección social y de salud han tenido diverso grado de desarrollo (en organización,

recursos, cobertura de intervenciones), con reformas y adaptaciones graduales a los distintos cambios de tipo político y económico. Los países continúan desarrollando y actualizando marcos legales, políticas, planes y estrategias nacionales en materias de salud. Sin embargo, ese avance no siempre se cumple conforme a lo planificado, por múltiples factores de tipo político, económico, cultural y social que tienden a trabar o postergar el cumplimiento de los objetivos y metas propuestas (1,5).

Junto a la parte inconclusa de la agenda de salud, tienden a surgir nuevos desafíos relacionados con situaciones emergentes como la crisis financiera internacional desde 2008 o la aparición de nuevos riesgos, enfermedades y problemas de importancia en salud pública. (1,3,5).

En complemento al trabajo del sector salud de los países, destaca además la cooperación internacional y el establecimiento de alianzas y acuerdos internacionales e internacionales, en especial de los bloques de integración existentes en Sudamérica. Estas agendas buscan contribuir a una mayor efectividad en la acción de salud, con beneficio para todos los países que participan (1,5).

Contexto geográfico, histórico y político

Sudamérica, es una subregión de las Américas que cuenta con 12 países, en una superficie de 18,7 millones de km² (mapa 1). Además, al este de Suriname y norte de Brasil se encuentra la Guyana Francesa, que es un departamento francés de ultramar. Los países de Sudamérica, especialmente los de habla hispana y Brasil, se caracterizan por tener varias características similares en su población, cultura, historia y desarrollo socioeconómico. Sin embargo, al interior de cada país, hay una gran diversidad relacionada con las distintas oportunidades de desarrollo humano y del bienestar tienen sus diversos grupos de población, lo que tiene implicancias en la situación de salud de cada grupo y en el nivel de equidad en salud logrado.

Cuadro 1.1. Participación de países en organismos intergubernamentales de Sudamérica*, 2010

País	Población 2010 (millones)	Membresía a organismo de integración subregional					
		CAN	MERCOSUR	OTCA	ALADI	CARICOM	ALBA
Argentina	40,7	Asociado	Pleno		ALADI		
Bolivia	10,0	Pleno	Asociado	OTCA	ALADI		ALBA
Brasil	195,4	Asociado	Pleno	OTCA	ALADI		
Chile	17,1	Asociado	Asociado		ALADI		
Colombia	46,3	Pleno	Asociado	OTCA	ALADI		
Ecuador	13,8	Pleno	Asociado	OTCA	ALADI		ALBA
Guyana	0,8			OTCA		CARICOM	
Paraguay	6,5	Asociado	Pleno		ALADI		
Perú	29,5	Pleno	Asociado	OTCA	ALADI		
Surinam	0,5			OTCA		CARICOM	
Uruguay	3,4	Asociado	Pleno		ALADI		
Venezuela	29,0		Asociado	OTCA	ALADI		ALBA
Población (millones)							
-Miembros plenos		99,6	246,0	325,3	391,7	1,3	52,8
-Total	393,0	362,7	391,7	325,3	391,7	1,3	52,8

Nota: (*) - Todos los países de Sudamérica son Estados Miembros de UNASUR, OEA y OPS/OMS.

Total de población cubierta por organismos de integración = Incluye Miembros Plenos y Asociados

MERCOSUR: Mercado Común del Sur; (CAN): Comunidad Andina de Naciones (CAN); OTCA: Organización del Tratado de Cooperación Amazónica; (ALADI), Asociación Latinoamericana de Integración; CARICOM: Comunidad del Caribe; ALBA: Alianza Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América El territorio de Amazonía cubierto por OTCA, cuenta con dos estimaciones: 33,5 y 11 millones de habitantes

Fuentes: OPS (2011) Población (5); Estados miembros: www.comunidadandina.org; www.mercosur.org; www.otca.org; www.aladi.org; www.caricom.org; www.alba.org; www.unasur.org.

Países de Sudamérica



El hecho de que estos países compartan no sólo vecindad geográfica sino que en general tengan similitudes relacionadas con una historia y cultura común, facilita entender y analizar los problemas de salud pública más relevantes y comunes en la subregión, y la realización de acuerdos de acción conjunta a través de agendas de salud y acuerdos de cooperación técnica. El surgimiento de bloques subregionales de integración se ha incentivado por la globalización y la apertura de mercados al exterior. Aunque tienen otros propósitos originales (de tipo comercial, económico o político), tienden a incluir agendas sociales y de salud que incluyen prioridades de acción sanitaria relativamente similares (Anexo 1) (1,3,5,6).

La Comunidad Andina de Naciones fue creada en 1969; sus Estados miembros son Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú y los asociados son Argentina, Brasil,

Chile, Paraguay y Uruguay (7). MERCOSUR fue creado en 1991 como un tratado comercial que evolucionó hacia un mercado común de integración económica, política y social, con políticas públicas y temas como salud, educación, medio ambiente, empleo, democracia y derechos humanos (7).

Desde 2009, los 12 países de Sudamérica han establecido la Unión de Naciones de Suramérica (UNASUR). La Organización del Tratado de Cooperación Amazónica (OTCA) incluye a 8 países. También existe la Asociación Latinoamericana de Integración (ALADI). Guyana y Suriname participan de la Comunidad del Caribe (CARICOM). Venezuela,

Bolivia y Ecuador participan de la Alianza Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América (ALBA) (7-13). El cuadro 1.1 señala la participación que cada país de Sudamérica en los organismos señalados, con estimación de cobertura de población incluida. UNASUR representa una integración global ya que incluye a países que son miembros de organismos subregionales ya existentes, como ALBA, CAN, MERCOSUR y CARICOM. El objetivo global de UNASUR es construir de manera participativa y consensuada, un espacio de integración y unión en Salud Suramericano (13,14).

Cuadro 1.2. Tamaño y aumento de población en los países de Sudamérica, período 1990 a 2020

País	Población 1990 (millones)	Aumento 1990-2000 %	Población 2000 (millones)	Aumento 2000-2010 %	Población 2010 (millones)	Aumento 2010-2020 %	Población 2020 (millones)	Aumento 1990-2020 %
Argentina	32,6	13,1	36,9	9,4	40,4	8,5	43,9	34,4
Bolivia	6,7	24,8	8,3	19,5	9,9	16,7	11,6	74,1
Brasil	149,7	16,6	174,4	11,8	194,9	7,9	210,4	40,6
Chile	13,2	16,9	15,4	11,0	17,1	8,3	18,5	40,6
Colombia	33,2	19,8	39,8	16,4	46,3	12,7	52,2	57,2
Ecuador	10,3	20,3	12,3	17,2	14,5	13,0	16,4	59,3
Guyana	0,7	1,1	0,7	2,9	0,8	2,5	0,8	6,6
Paraguay	4,2	25,9	5,3	20,8	6,5	177,8	7,6	79,1
Perú	21,7	19,3	25,9	12,4	29,1	11,5	32,4	49,6
Surinam	0,4	14,7	0,5	12,4	0,5	8,4	0,6	39,8
Uruguay	3,1	6,8	3,3	2,5	3,4	3,7	3,5	12,4
Venezuela	19,7	23,7	24,3	19,0	29,0	15,0	33,3	69,4
Sudamérica	295,5	17,5	347,3	13,0	392,3	9,9	431,2	45,9

Fuente: Naciones Unidas (2012) Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población (Base de datos www.unstats.org), Acceso en febrero de 2012

Características de la población

El crecimiento de población en los países de Sudamérica ha tenido distinta velocidad y con distintos cambios en su estructura de edad, destacando una tendencia general hacia el envejecimiento, especialmente en países de mayor desarrollo socioeconómico. El cambio demográfico ha influido en la transición epidemiológica, con aumento paulatino de la incidencia y prevalencia de aquellos problemas y necesidades de salud que aumentan con la edad (1,2,3).

En 2010, Sudamérica tenía 393 millones de habitantes en países de muy diverso tamaño de población: Brasil contaba con casi 200 millones de

habitantes mientras que Suriname tenía menos de medio millón. En 1990, la estructura de la población en Sudamérica, según sexo y edad, presentaba una forma piramidal relativamente regular, por una población relativamente joven y tendencia demográfica expansiva (aumento progresivo de niños).

En 2010, la población había aumentado en 33%; la parte piramidal de su estructura se desplazó a los grupos de edad mayores a 25 años (mayor envejecimiento), destacando el aumento de mayores de 80 años, mientras que en los grupos quinquenales menores de 25 años se produjo una mayor similitud de volumen (incluso con tendencia a reducción en tamaño del grupo de menores de 5 años), relacionado con

relativa baja fecundidad y de la mortalidad específicas en grupos menores a los 80 años (figura 1.1) (16). A pesar de que desde 1990 la población total aumentó en un tercio, los menores de 15 años aumentaron en sólo 1,2%, pero los mayores de 65 años aumentaron en 87,8% (cuadro 1.3) (16).

En 2010, Sudamérica alcanzó a 112,1 millones de niños menores de 15 años (28,9%), 251,2 millones de habitantes de 15 a 64 años de edad (64,7%) y 24,7 millones de personas de 65 años y más (6,4%). El notorio aumento de adultos mayores tiene implicancias para el perfil epidemiológico, el aumento de carga de enfermedad relacionado con enfermedades crónicas y envejecimiento, y el aumento progresivo de

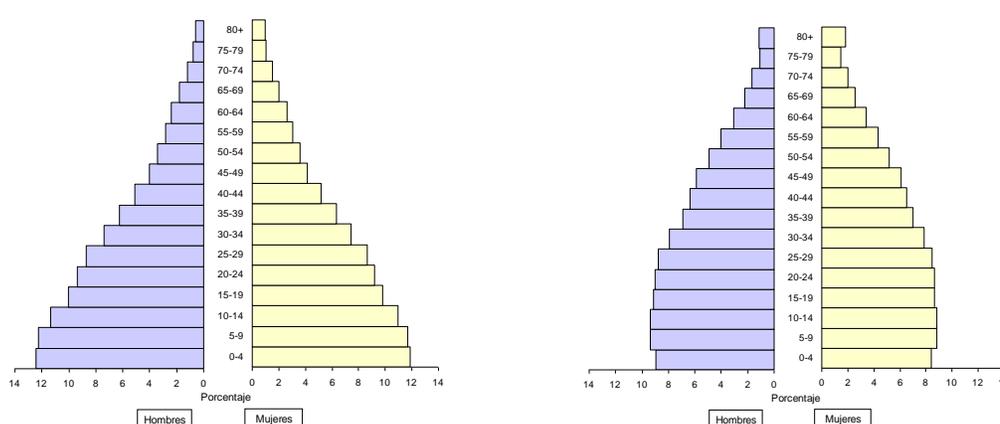
requerimiento de atención de salud de tipo curativo, rehabilitación y paliativo.

Cuadro 1.3. Variación en grandes grupos de edad en población de Sudamérica, entre 1990 y 2010

Edad (años)	1990		2010		Aumento %
	Millones	%	Millones	%	
0 - 14	104,3	35,3	105,5	26,8	1,2
15 - 64	176,4	59,7	259,8	66,1	47,2
65 +	14,7	5,0	27,7	7,0	87,8
Total	295,4	100,0	393,0	100,0	33,0

Fuente: Naciones Unidas (2012) Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población.

Figura 1.1. Estructura de la población por edad y sexo, en Sudamérica, 1990 y 2010



Fuente: Naciones Unidas (2012) Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población (Base de datos)

La estructura de la población según edad se relaciona con el desarrollo socioeconómico, pues mientras los países con mayor nivel, como Argentina y Uruguay, tienen una proporción de adultos mayores de 65 años de casi 15%, en países con menor nivel, como Bolivia y Paraguay, los adultos mayores sólo representan el 5%.

A su vez, más de un tercio de la población es menor de 15 años en Bolivia y Paraguay, mientras que ese grupo solo alcanza a un cuarto de la población en Argentina y Uruguay (figura 1.2) (16). Además del crecimiento vegetativo, el tamaño y la estructura demográfica son influidas por la migración urbano-rural y las migraciones internacionales, que en Sudamérica han aumentado, favorecidas por el proceso de globalización y conformación de bloques de integración, y constituyen un tema complejo, ya que los flujos cambian constantemente. En general

prima el patrón migratorio laboral, vinculado a las profundas asimetrías económicas entre estos países.

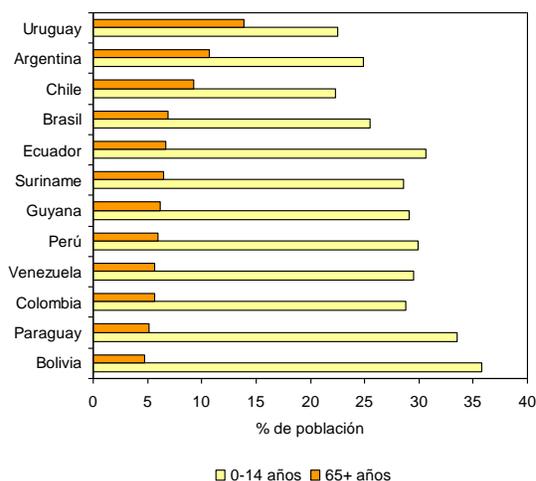
Otra causa importante de migración es el desplazamiento de poblaciones debido a la violencia política y conflictos bélicos internos, como en Colombia, razones económicas primarias o secundarias pueden motivar las diversas migraciones.

El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) estima que hay entre 2 y 3,3 millones el número de personas desplazadas internamente en los países de la Comunidad Andina de Naciones, muchos de los cuales buscan refugio en otros países de la subregión (3,5).

Desarrollo y salud

El desarrollo económico y social de los países de Sudamérica se ha acompañado en general de mejoría

Figura 1.2. Proporción de menores de 15 años y de 65 años y más, en países de Sudamérica, 2010



Fuente: Naciones Unidas (2012) Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población (Base de datos www.unstats.org)

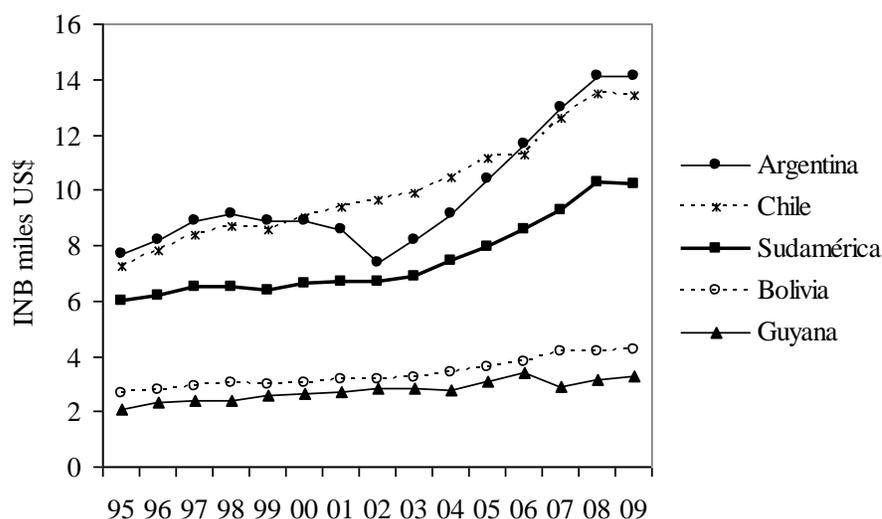
en los principales determinantes sociales relacionados con la salud (como se presenta en Capítulo 2), y ha ocurrido bajo un amplio rango de enfoques político-económico predominantes, que fluctúa desde el modelo de mercado con énfasis neoliberal adoptado

por Chile hasta el modelo socialista desarrollado en Venezuela.

El crecimiento económico y desarrollo social, con mayor intercambio económico y de población entre los países de Sudamérica (relacionado con apertura de mercados y globalización), ha tenido avances en todos los países, pero manteniendo desigualdades económicas y sociales al interior de cada país, en detrimento de aquellos grupos de población que son más pobres y excluidos, con menor protección social.

Sudamérica tiene un nivel de desarrollo económico considerado mediano, expresado por un Ingreso Nacional Bruto (INB, valor ppp en miles de US\$) que en 2009 alcanzó a US\$ 10.214 por habitante. En el período entre 1995 y 2009, el INB por habitante aumentó lenta pero sostenidamente en todos los países de Sudamérica (incluso en los países con menor INB) (figura 1.3) (17). Sin embargo, la brecha de ingreso entre los países – y al interior de éstos - ha tendido a aumentar, especialmente por el gran aumento en INB ocurrido países con mayor crecimiento económico, como es el caso de Argentina, que en 2009 tenía el INB de US\$ 14,090 por habitante, el más alto de Sudamérica., mientras que Guyana sólo logró US\$ 3.270 por habitante (17).

Figura 1.3. Evolución del Ingreso Nacional Bruto (INB) por habitante (ajustado ppp, miles de US\$) en Sudamérica y en los países con niveles extremos, 1995 a 2009



Fuente: OPS (2012) Generador de Tablas de la OPS para INB, 1995 a 2009 (Acceso el 4 de junio de 2012).

Entre 2006 y 2010, se mantuvo en general la tendencia al crecimiento económico en los países de Sudamérica. Hubo descenso del desempleo y pobreza (aunque aumentó la cantidad de pobres e indigentes) y la inflación se mantuvo relativamente bajo control. Los países continuaron vulnerables a las crisis económicas, como ocurrida a nivel internacional en 2008. La vulnerabilidad económica de los países es un factor a considerar en las determinantes de salud, especialmente aquellas que más relacionadas con desigualdades sociales y pobreza. La vulnerabilidad económica se relaciona con una difícil gobernabilidad (en que los Estados han tendido a disminuir su tamaño y función), lenta descentralización, importante proporción del empleo de baja calidad, informal e inestable, y mantención de la desigualdad social. Ello representa a su vez un mayor riesgo en las condiciones de salud y de menor protección social, en especial en los grupos más vulnerables (18-21).

Por su magnitud y características, la crisis financiera internacional ocurrida en 2008 y 2009 y los riesgos de

la influencia de la crisis económica europea pueden afectar el desarrollo económico, el desarrollo social y la sostenibilidad ambiental de cada país de Sudamérica. Sin embargo, las economías de América Latina no tuvieron la temida desaceleración del crecimiento económico, aunque hubo menor aumento luego de cinco años de expansión constante (18-21).

Entre los posibles escenarios que se ha discutido considerar en caso de una nueva crisis, es un eventual impacto negativo en la distribución del ingreso (más crítico en los hogares con menores ingresos), aumento del desempleo y empleo informal, y reducción del ingreso medio, especialmente el informal. El aumento de la inflación podría a su vez afectar los precios de los alimentos y, junto a la pobreza, repercutir negativamente en el nivel de nutrición, con mayores efectos en la población infantil. Para enfrentar esta situación y evitar una repercusión negativa social y en salud, los países están adoptando diversas medidas, entre las que se cuentan el apoyo al mercado productivo y diversos subsidios (18,19).

Cuadro 1.4. Indicadores seleccionados de desarrollo en países de Sudamérica, 2010 *

País	Población 2010 (millones)	Ingreso Nacional Bruto (ppp) 2009 USD	Pobreza 2010 %	Indigencia 2010 %	Alfabetismo 2009 %	Escola- ridad (a) u.a.d.	Esperanza de vida al nacer (años) 2010	Índice de Desarrollo Humano 2010
Argentina	40,4	14.090	8,6	2,8	97,7	9,3	75,7	0,775
Bolivia	9,9	4.250	54,0	31,2	90,7	9,2	66,3	0,643
Brasil	194,9	10.160	24,9	7,0	90,0	7,2	72,9	0,699
Chile	17,1	13.420	11,5	3,6	98,6	9,7	78,8	0,783
Colombia	46,3	8.600	44,3	14,8	93,2	7,3	73,4	0,689
Ecuador	14,5	8.100	39,2	16,4	84,2	7,6	75,4	0,695
Guyana	0,8	3.270	...	...	...	8,0	67,9	0,611
Paraguay	6,5	4.430	54,8	30,7	94,6	7,7	72,3	0,640
Perú	29,1	8.120	31,3	9,8	89,6	8,7	73,7	0,723
Suriname	0,5	6.730	...	...	94,6	7,2	69,4	0,646
Uruguay	3,4	12.900	8,6	1,4	98,3	8,5	76,7	0,765
Venezuela	29,0	12.220	27,8	10,7	95,2	7,6	74,2	0,696
Sudamérica	392,3	10.214	27,6	9,2	93,5	7,9	73,6	0,709

Nota: * o último año disponible

Fuente: Situación de salud en las Américas: Indicadores Básicos 2010. OPS. Población, alfabetismo; PNUD 2010: INB, Escolaridad, EVN, IDH; CEPAL: Pobreza e indigencia, 2010 (o último año disponible) (Argentina, pobreza urbana).

Como síntesis del desarrollo económico y social, el cuadro 1.4 presenta algunos indicadores básicos de tipo socioeconómico, incluyendo dos que tienen incorporado un componente de salud: esperanza de

vida al nacer e Índice de Desarrollo Humano (IDH). En forma sistemática, Chile y Argentina registran indicadores de nivel socioeconómico y de salud más alto, mientras que Bolivia, Paraguay y Guyana reflejan

el menor grado de indicadores de desarrollo y de salud, con la menor expectativa de vida al nacer (cuadro 1.5) (21-24).

La esperanza de vida al nacer (EVN), como aproximación básica al nivel de salud, ha mejorado desde 1980 en todos los países de Sudamérica, destacando que esta región aumentó ocho años desde el período 1980-1985 al período estimado para 2005-2010

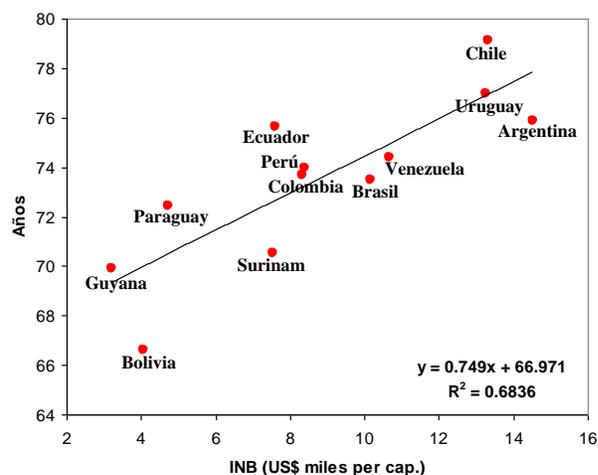
(cuadro 1.5). Sin embargo, la EVN en los países de mejor nivel económico se mantiene más alta que en aquellos países de menor nivel económico. Para el período 2005-2010, se estimó una esperanza de vida de 66,8 años para Guyana y 65,5 años en Bolivia; este último valor es casi 13 años menor que la esperanza de vida alcanzada en Chile, de 78,5 años (20).

Cuadro 1.5. Evolución de la esperanza de vida al nacer en los países de Sudamérica, 1980 a 2010

País	Período					
	1980-1985	1985-1990	1990-1995	1995-2000	2000-2005	2005-2010
Argentina	70,2	71,0	72,1	73,2	74,3	75,2
Bolivia	53,9	57,3	60,0	62,0	63,8	65,5
Brasil	63,6	65,5	67,5	69,4	71,0	72,4
Chile	70,7	72,7	74,3	75,7	77,7	78,5
Colombia	66,8	68,0	68,7	70,3	71,6	72,8
Ecuador	64,5	67,5	70,0	72,3	74,2	75,0
Guyana	60,9	61,8	62,5	62,1	63,6	66,8
Paraguay	67,1	67,6	68,5	69,4	70,8	71,8
Perú	61,6	64,4	66,7	68,4	69,9	71,4
Suriname	67,6	68,2	68,6	69,0	69,1	70,2
Uruguay	71,0	72,1	73,0	74,1	75,2	76,2
Venezuela	68,8	70,5	71,5	72,2	72,8	73,8
Suramérica	65,1	66,9	68,6	70,2	71,7	73,0

Fuente: CEPAL (2008) Panorama Socioeconómico de América Latina 2008.

Figura 1.4 Relación entre INB por habitante (ppp) y esperanza de vida al nacer en países de Sudamérica, 2009



Fuente: OPS, 2012, Generador de Tablas de indicadores básicos en salud (IBS).

Hay una relación sistemática entre el INB por habitante y la esperanza de vida al nacer en los países de Sudamérica (figura 1.5) (17). Chile, Uruguay, Argentina y Venezuela tienen el mayor desarrollo económico (INB por habitante sobre US\$ 11 mil US) y mayor esperanza de vida, mientras que Guyana y Bolivia - que cuentan sólo con la tercera parte o menos el INB del grupo superior (poco más de US\$ 4 mil) - tienen menos de 68 años de esperanza de vida. Sin embargo, para países con similares niveles de desarrollo económico hay diferencias en la esperanza de vida que, lo que probablemente refleja una heterogénea influencia de los múltiples determinantes sociales y de la diversa cobertura y eficacia de los sistemas de salud. Los países que tienen una distribución de ingreso más equitativa alcanzan niveles de esperanza de vida que son comparables, y algunas veces mejores, a las de aquellos que teniendo más ingreso global éste está distribuido de forma más inequitativa (17).

Objetivos de Desarrollo del Milenio y Agenda de Salud de las Américas 2008-2017

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas y la Agenda de Salud de las Américas 2008 – 2017 son compromisos internacionales acordados que contribuyen a orientar el progreso en áreas prioritarias de salud y desarrollo. Por ello, son útiles para monitorear las condiciones de salud y desarrollo en Sudamérica y determinar los principales desafíos y las perspectivas prioritarias de acción que los países y bloques de integración de Sudamérica enfrentarán en el futuro (3,15).

La Agenda Mundial en torno a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) fue ratificada por los Jefes de Estado en 2000 con la Declaración del Milenio. Se enfoca en superar el subdesarrollo e incluye Objetivos que guardan relación directa con la salud (mortalidad en la niñez, mortalidad materna, infección por el VIH y el sida, paludismo, tuberculosis y otras enfermedades infecciosas). Destaca que el resto de los Objetivos está en general estrechamente relacionado con la salud, especialmente aquellos que se refieren a los determinantes sociales de alta relevancia, como son pobreza, educación y nutrición (15). Cada uno de ellos tiene una serie de objetivos más específicos e indicadores para monitorear su cumplimiento en 2015. En relación al cumplimiento del ODM 4 (Reducir la mortalidad infantil), se espera que en 2015 se haya reducido a un tercio, respecto al nivel existente en 1990, la mortalidad de menores de 5 años y de menores de un año, y que haya cobertura universal de vacuna contra el sarampión. En 1990, la mortalidad de menores de 5 años era de 51 muertes por 1.000 nacidos vivos, y la infantil era de 41 muertes por 1.000 nacidos vivos. En 2015, se espera que el nivel sea de 17 y 14 muertes por 1.000 nacidos vivos, respectivamente (15,17,24).

En relación al cumplimiento del ODM 5 (Mejorar la salud materna), se espera que en 2015 se haya reducido en tres cuartos el nivel existente en 1990 de mortalidad materna, es decir, una reducción desde 188 a 47 muertes por 100.000 nacidos vivos. La lenta tendencia en reducción de mortalidad materna, con 75 muertes por 100.000 nacidos vivos en 2008, hace poco probable que se cumpla la meta esperada al año 2015. Por ello, OMS en conjunto con otras agencias están apoyando planes para una reducción más acelerada de la mortalidad materna. En ODM 5 también se espera

lograr cobertura universal del parto con asistencia de personal calificado, reducción de la proporción de embarazos en adolescentes, y aumento de la prevalencia de anticoncepción. También es importante el desafío planteado por los esfuerzos nacionales e internacionales de combatir el VIH/sida, paludismo y otras enfermedades, que representan un importante problema de salud pública en Sudamérica (15,17,24).

Las Naciones Unidas ha fijado el año 2015 como fecha de cumplimiento de los ODM. Las proyecciones realizadas a partir de la tendencia observada hasta 2010, indican que muchos de los indicadores de salud de Sudamérica no van a alcanzar a lograr la meta, ya sea porque en algunos casos hay un gran desafío por resolver, con gran diferencia entre el nivel inicial con lo planteado como meta (que en general se presenta en países con menor desarrollo y capacidad de mejorar sus condiciones de salud), o bien porque hay países que ya tienen un relativo buen nivel de un determinado indicador, y los esfuerzos para proseguir con su mejoría requieren de mecanismos más complejos y difíciles de resolver en el corto y mediano plazo.

La Agenda de Salud de las Américas 2008 – 2017, concuerda con los Objetivos de Desarrollo del Milenio y con el Undécimo Programa General de Trabajo de la OMS, con una visión de lograr una Región más sana y más equitativa, en la que cada persona, cada familia y cada comunidad tengan la posibilidad de lograr su máximo potencial. Además, es una importante iniciativa que puede servir como marco para la armonización y coordinación de las Agendas existentes a nivel nacional e internacional en Sudamérica (2,3,25).

La Agenda de Salud de las Américas 2008 – 2017, que fue aprobada por todos los ministros de salud de la región en 2007, define las siguientes áreas de acción para la región:

- Fortalecer la autoridad sanitaria nacional
- Abordar los determinantes de la salud
- Aprovechar los conocimientos, la ciencia y la tecnología
- Fortalecer la solidaridad y la seguridad sanitarias
- Disminuir las inequidades en salud entre los países y al interior de los mismos
- Reducir los riesgos y la carga de enfermedad
- Aumentar la protección social y el acceso a servicios de salud de calidad
- Fortalecer la gestión y el desarrollo de las personas que trabajan por la salud (3).

La Agenda de Salud de las Américas enfrenta un importante desafío, ya que en general sus objetivos e indicadores esperados requieren cambios estructurales que comprometen al Estado mismo (como fortalecer la autoridad sanitaria), al desarrollo socioeconómico (como abordar las determinantes sociales y reducir las desigualdades en salud, especialmente a nivel subnacional), al marco político y económico (como fortalecer la protección social, seguridad sanitaria y acceso a los servicios de salud) y al fortalecimiento de los sistemas de salud, incluyendo al esencial recurso humano.

Referencias

1. Roses M., (2006), *La Salud en las Américas. Logros y Desafíos*. Conferencia Magistral de la Directora OPS/OMS en La Habana, Cuba, Julio de 2006, OPS: WDC, Disponible en www.paho.org. Acceso en junio de 2012
2. Organización Panamericana de la Salud (2007), *Informe Quinquenal de la Directora 2003 a 2007*. Al frente de la Salud Pública de las Américas en el Siglo XXI, OPS/OMS: WDC, OPS: WDC, Disponible en www.paho.org. Acceso en junio de 2012
3. Organización Panamericana de la Salud (2007) *Agenda de Salud en las Américas 2008-2017*. OPS/OMS: WDC. Disponible en www.paho.org
4. Organización Panamericana de la Salud (2007) *Salud en las Américas 2007. Volumen Regional*. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC. Disponible en: www.paho.org/hia/SAvol1esp.zip Acceso en febrero de 2012.
5. Organización Panamericana de la Salud (2008) *Informe Anual de la Directora 2008*. La planificación de acciones de salud pública. Una visión colectiva y un compromiso para lograr una salud mejor, OPS/OMS: WDC, OPS: WDC, Disponible en www.paho.org. Acceso en junio de 2012
6. Organización Panamericana de la Salud, Oficina en Chile (2009) *Salud en Sudamérica 2008*. OPS, Oficina en Chile: Santiago. Disponible en www.new.paho.org/chi/ Acceso en marzo de 2012
7. Comunidad Andina de Naciones (2012), Página Internet, Disponible en www.comunidadandina.org. Acceso en junio de 2012
8. Mercado Común del Sur (2012), Página Internet, Disponible en www.mercosur.int Acceso en junio de 2012
9. Organización del Tratado de Cooperación Amazónica (2012) Página Internet, Disponible en www.otca.org.br Acceso junio de 2012
10. Asociación Latinoamericana de Integración (2012). Página Internet, Disponible en www.aladi.org, Acceso en junio de 2012
11. Comunidad del Caribe (2012) Página Internet, Disponible en www.caricom.org Acceso en junio de 2012
12. Alianza Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América (2012) Página Internet, Disponible en www.aladi.org, Acceso en junio de 2012
13. Unión Suramericana de Naciones (2008) *Propuesta de Consejo Suramericano de Salud UNASUR y Plan de Trabajo Agenda Suramericana de Salud*. UNASUR, Documento de trabajo presentado al Consejo el 28 Octubre 2008, Santiago de Chile
14. Unión Suramericana de Naciones (2011), *Plan Quinquenal 2010-2015 de UNASUR Salud* Disponible en www.unasur.org, Acceso en febrero 2012
15. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, (2008) *Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Informe 2008, PNUD: New York
16. Naciones Unidas (2012) *Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población*, Disponible en www.unstats.org, Acceso en febrero de 2012
17. Organización Panamericana de la Salud (2012) *Situación de Salud en las Américas. Indicadores Básicos de Salud, Generador de tablas*, OPS: WDC, Disponible en www.paho.org. Acceso en junio de 2012
18. Weller J (2009), *Las economías de América Latina y el Caribe. Situación y perspectivas*, División de Desarrollo Económico, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Presentación en Reunión de Gerentes de OPS, Asunción, 9 de febrero de 2009.
19. Torres R (2009) *Crisis financiera global: implicancias para el sistema de salud*. Presentación en Reunión Subregional Gerentes OPS, Asunción, 10 de febrero de 2009.
20. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2008) *Objetivos de Desarrollo del Milenio. La progresión hacia el derecho a la salud en América Latina y el Caribe*. CEPAL: Santiago de Chile.

SALUD EN SUDAMÉRICA, 2012

Disponible en www.eclac.org. Acceso en marzo de 2012

21. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2011), Panorama Social de América Latina y el Caribe (LC/G.2481-P). CEPAL: Santiago de Chile. Disponible en www.eclac.org. Acceso en marzo de 2012
22. Organización Panamericana de la Salud (2010) Situación de Salud en las Américas. Indicadores Básicos 2010, OPS: WDC, Disponible en www.paho.org. Acceso en junio de 2012
23. Organización Panamericana de la Salud (2011) Situación de Salud en las Américas. Indicadores

Básicos 2011, OPS: WDC, Disponible en www.paho.org. Acceso en junio de 2012

24. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2012), CEPALSTATS, Base de Datos interactiva de Estadísticas de América Latina y el Caribe, Disponible en <http://websie.eclac.cl/sisgen/ConsultaIntegrada.asp>, Acceso en junio de 2012
25. Organización Panamericana de la Salud (2011). Informe Anual del Directora 2011. La salud y los Objetivos de Desarrollo del Milenio: del compromiso a la acción, Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS: WDC. Disponible en www.paho.org

2. LAS DETERMINANTES SOCIALES DE RELEVANCIA EN SALUD

El nivel de factores considerados determinantes sociales de salud en los diversos países de Sudamérica es sintetizado en este capítulo. Se incluye el ingreso económico, empleo, pobreza, educación, alimentación, vivienda, agua y saneamiento básico, ruralidad, vulnerabilidad social, y protección social. Dada la influencia de estos factores en el nivel y desigualdades de salud, el sector salud de los diversos países y las agendas de salud consideran el abordaje de acción tanto sectorial como intersectorial.

El abordaje de las determinantes sociales

Entre las determinantes sociales de relevancia en salud destacan el ingreso económico, empleo, pobreza, educación, condiciones de vivienda, agua y saneamiento básico, ruralidad y algunas condiciones étnicas, culturales y de migración. Este conjunto de factores está generalmente interrelacionado y se concentra en grupos de población con privación de condiciones de vida saludable, vulnerables y excluidos, con menos oportunidad de acceso a los servicios de salud. Este tipo de determinantes se encuentra frecuentemente considerado en los planes, agendas y estrategias que despliegan los países de la región para buscar extender y fortalecer las políticas y protección social (tanto general como de salud) para apoyar a los grupos más necesitados, y evitar su eventual impacto negativo en salud.

Sin embargo, la solución a muchos de estos factores tienden a estar fuera del alcance del sector salud e incluso escapan del alcance de corto plazo de lo que cada país puede resolver a nivel de Estado,

especialmente en aquellos países con limitado nivel de desarrollo económico, con limitada capacidad estatal y del sector salud para poder responder efectivamente a esas necesidades, en el corto o mediano plazo programado (1,2).

Por ello, el abordaje de las determinantes tiende a considerarse principalmente como protección social y reducción de desigualdades sociales, y el sector salud tiende a estar involucrado en forma intersectorial

Ingreso económico

Los distintos grupos de población en los países de Sudamérica participan de distinto modo del ingreso o gasto, lo que se hace notorio al comparar la distribución de ingreso recibida en grupos según quintil de ingreso. Las personas del quintil de menor ingreso en Sudamérica sólo reciben 3,3% del total, mientras que los del quintil de mayor ingreso reciben el 58,4% del total (cuadro 2.1) (3).

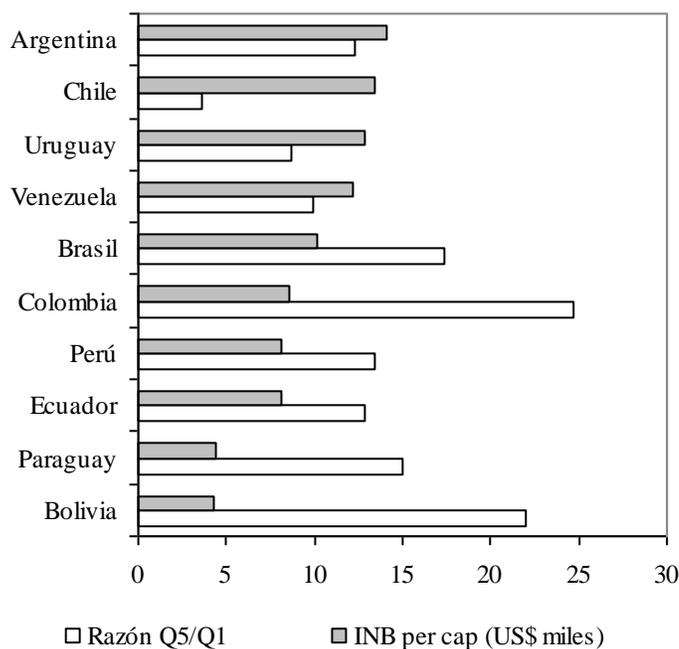
Cuadro 2.1. Distribución del ingreso de las personas según quintiles, en países de Sudamérica, 2010 *

País	Distribución del ingreso por quintil				
	Quintil 1	Quintil 2	Quintil 3	Quintil 4	Quintil 5
Argentina	3,8	8,0	12,6	20,2	55,4
Bolivia	2,2	6,4	11,6	20,0	59,8
Brasil	2,8	6,6	11,0	18,0	61,8
Chile	4,2	7,8	11,6	18,4	58,0
Colombia	2,6	6,4	10,8	18,4	62,0
Ecuador	4,2	8,4	12,8	19,8	54,8
Paraguay	3,0	7,6	12,6	19,8	57,2
Perú	4,4	9,0	14,2	21,6	50,6
Uruguay	5,6	9,8	14,4	21,8	48,4
Venezuela	5,4	10,8	15,8	23,0	45,2
Total	3,3	7,4	11,9	19,1	58,4

Nota: * 2010 o último año disponible, Argentina (información áreas urbanas)

Fuente: CEPAL, 2012, Base de datos CEPALSTAT Acceso 4 junio 2012

Figura 2.1. Ingreso Nacional Bruto por habitante (INB) 2008 y razón entre el quintil de ingreso más rico (Q5) y el quintil más pobre (Q1) en países de Sudamérica, 2006-2009



Nota: Razón de ingresos entre el quintil más rico (Q5) respecto al quintil más pobre (Q1) en países ordenados por PIB per capita (US\$ miles 2008, valor ppp). Guyana y Suriname sin datos.
 Fuente: OPS (2011) IBS 2011 y razón Q5/Q1 2006-2009.

En los países de menor desarrollo económico (expresado por menor Ingreso nacional Bruto per cápita ppp), destaca que la desigualdad de ingresos entre los distintos quintiles de población tiende a ser aún mayor, como ocurre en el caso de Paraguay y Bolivia (figura 2.1) (4).

Cuadro 2.2 Tasa de desempleo en países de Sudamérica 1990, 2000 y 2010

Países	Tasa de desempleo (%)		
	1990	2000	2010
Argentina	7,4	15,1	7,7
Bolivia	7,3	7,5	6,5
Brasil	4,3	7,1	6,7
Chile	7,8	9,7	8,2
Colombia	10,5	17,3	12,4
Ecuador	6,1	9,0	7,6
Paraguay	6,6	10,0	7,8
Perú	8,3	8,5	7,9
Surinam	15,8	14,0	12,1
Uruguay	8,5	13,6	7,1
Venezuela	10,4	13,9	8,6
Sudamérica	6,4	10,0	7,8

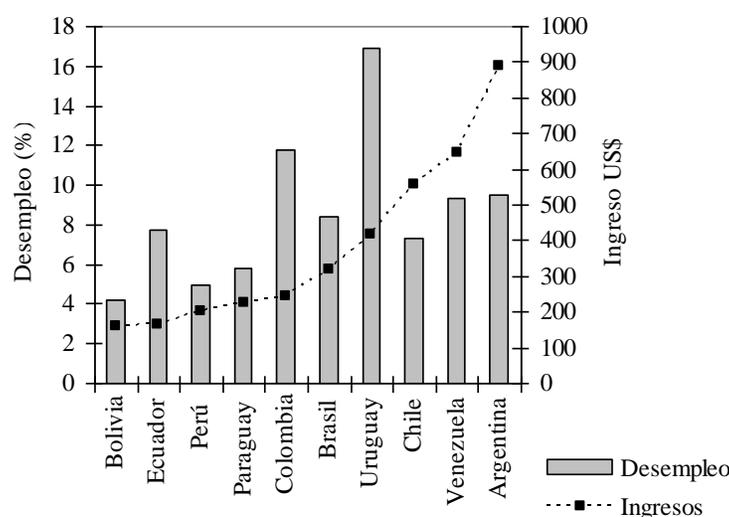
Nota: Tasa anual promedio. Guyana no registra datos.
 Fuente: CEPAL (2011) Anuario Estadístico de ALC 2011

A pesar que en los últimos años ha habido algún avance hacia una mejor distribución del ingreso, la desigualdad de ingresos continúa siendo alta. Hay países como Chile y Uruguay que tienen mayor INB y menor desigualdad de ingreso (menor razón entre quintiles extremos de ingreso), y países con menor INB, como Paraguay y Bolivia, con mayor desigualdad de ingresos (4).

Empleo

En 2010, la tasa de desempleo promedio anual fue menor a 9% en los países de Sudamérica, y sólo en Colombia y Suriname se registró un nivel mayor (12%). Entre 1990 y 2000, destaca que en el período ha existido desempleo menor a dos dígitos, aunque con el desempleo en 2000 mayor que en 1990, en algunos casos relacionados con crisis económicas en países, como en Argentina (cuadro 2.2) (5). El ingreso por trabajador ocupado y el desempleo tienden a aumentar progresivamente en los países de menor ingreso, con la excepción de Uruguay y Colombia, cuyo desempleo es más alto que el resto de países, incluso de aquellos de menor ingreso (figura 2.2) (6).

Figura 2.2. Promedio anual de ingreso por trabajador ocupado y tasa de desempleo en países de Sudamérica, 2006 o último año disponible



Nota: sin datos disponibles para Guyana y Suriname. Ingreso: (US\$ al año 2000)

Fuente: CEPAL (2008) Panorama Social de América Latina 2008. CEPAL: Santiago, Chile.

Cuadro 2.3. Ingresos y salarios (US\$) de los ocupados en sectores de distinta productividad, hombres y mujeres, en países de Sudamérica, 2006 o último año disponible

País	Año	Total			Baja productividad			Alta y media productividad		
		Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Argentina	2006	890	1055	665	783	1010	506	963	1084	787
Bolivia	2004	157	192	113	110	138	81	266	286	228
Brasil	2006	318	374	245	189	244	134	411	451	347
Chile	2006	555	639	428	437	586	287	607	657	516
Colombia	2005	243	276	201	227	290	159	260	262	258
Ecuador	2006	162	185	126	117	142	86	220	234	194
Paraguay	2005	224	275	162	149	188	108	338	385	265
Perú	2003	202	253	138	127	156	98	333	384	237
Uruguay	2005	417	477	341	240	294	184	471	542	592
Venezuela	2006	646	704	553	568	658	412	728	754	688
Sudamérica		384	447	298	# 360	197	465	398	754	688

Nota: US\$ al año 2000

Fuente: CEPAL (2008) Panorama Social de América Latina 2008. CEPAL: Santiago, Chile.

En 2006, los países de Sudamérica tenían un ingreso medio de cada trabajador ocupado que era bastante distinto, desde casi US\$ 900 en Argentina y a sólo poco más de US\$ 150 en Bolivia (cuadro 2.3) (6). En general, el ingreso por trabajador es mayor en la medida que los países tienen mayor desarrollo económico. Los hombres perciben sistemáticamente mayor ingreso que las mujeres (US\$ 447 y US\$ 298, respectivamente), y

los trabajadores de sectores de alta y mediana productividad reciben mayor ingreso que aquellos de baja productividad (US\$ 398 y US\$ 360 respectivamente). En algunos países hay gran desigualdad de ingreso entre sectores productivos, especialmente en países con menor crecimiento económico: en Perú, los ocupados de productividad media y alta reciben 2,6 veces mayor ingreso que los

del sector de baja productividad, alcanzando a 2,4 veces en Bolivia y 2,3 veces en Paraguay, mientras que es de 2,2 veces en Brasil, país que tiene un mayor desarrollo económico global.

En los diversos países, el ingreso económico varía sistemáticamente según inserción laboral, siendo mayor en los empleadores que en los asalariados, en el sector

público que el privado, en los profesionales y técnicos respecto a quienes no tienen esa condición, mientras que el menor ingreso económico lo registran quienes se ocupan en empleo doméstico (cuadro 2.4) (7). Los ingresos son sistemáticamente mayores en áreas urbanas, respecto a las rurales, y mayores en hombres que en mujeres (7).

Cuadro 2.4. Ingreso medio de la población económicamente activa ocupada, según inserción laboral, en países de Sudamérica, 2010 * (En múltiplos de las respectivas líneas de pobreza per cápita).

País	Total	Emplea- dores	Asalariados					
			Total	Sector público	Sector privado			Empleo doméstico
					Total	Profesionales y técnicos		
						Si	No	
Argentina	10,0	27,9	8,4	11,0	7,7	12,3	7,3	2,8
Bolivia	3,4	7,1	3,8	5,0	3,5	6,4	2,9	1,9
Brasil	4,9	14,7	4,6	7,6	3,9	8,6	3,3	1,8
Chile	8,6	37,4	7,1	10,3	6,5	13,2	5,1	3,0
Colombia	3,9	9,0	4,2	8,4	3,7	9,1	3,2	1,9
Ecuador	4,0	13,1	4,1	6,8	3,5	6,0	3,2	2,4
Paraguay	3,1	9,7	2,9	4,0	2,6	4,5	2,6	1,6
Perú	3,3	6,5	3,8	4,9	3,6	6,6	3,1	2,2
Uruguay	4,6	11,0	4,6	6,4	4,2	8,3	3,8	2,1
Venezuela	3,8	7,1	3,8	4,7	3,3	4,5	3,2	1,9
Sudamérica	5,1	14,8	4,9	7,6	4,3	8,5	3,7	2,0

Nota: * o último año disponible. Suriname y Guyana sin información.

Sudamérica: Promedio ponderado según población de países.

Fuente: CEPAL (2011), Panorama Social de América Latina y el Caribe 2011.

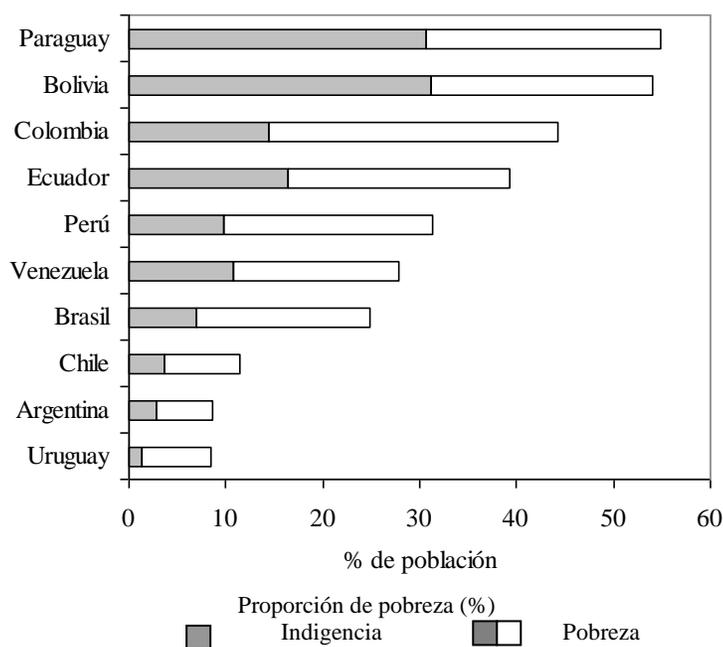
Pobreza

En proyección de encuestas nacionales de 2010 o último año disponible (7), se estimaba que 107,7 millones de habitantes en Sudamérica vivían en condiciones de pobreza, poco más de un quinto de la población (21,3%), de los cuales 35,9 millones vivían en pobreza extrema o indigencia, más de uno de cada diez habitantes (11,1%). Hay gran variación de proporción de pobreza entre los países de Sudamérica (figura 2.3), lo que se relaciona tanto con el nivel económico global de cada país como con las desigualdades de ingreso existentes en cada país (7). Destaca que más mitad de la población en Paraguay y Bolivia es pobre (54,8% y 54,0% respectivamente), lo que incluye a casi un tercio de población que es

indigente (30,7% y 31,2% respectivamente). En un aspecto positivo, en países de mayor desarrollo como Uruguay y Argentina, la pobreza es menor al 10% (8,4% y 8,6%, respectivamente).

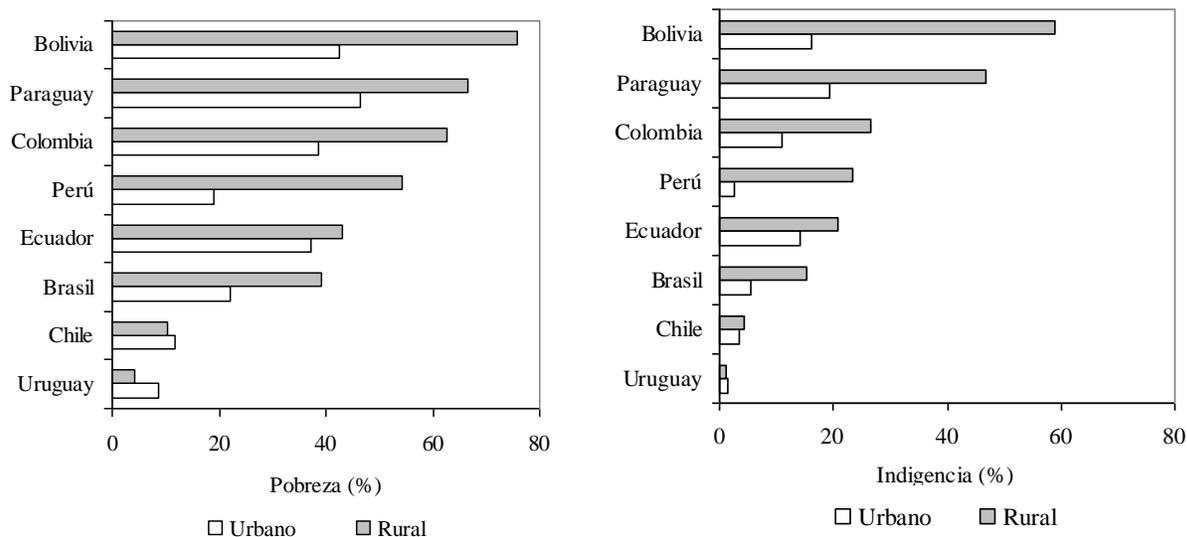
La pobreza y la indigencia son sistemáticamente mayores en el área rural que en la urbana, destacando que la pobreza rural en Paraguay es 80% mayor que la urbana y en Bolivia es 40% (figura 2.3). El contraste entre lo urbano y rural respecto a la indigencia es aún mayor: la indigencia rural en Paraguay es 140% mayor que la urbana mientras que en Bolivia es 260%. En un sentido positivo, destaca que países con mayor desarrollo como Chile y Uruguay, esta relación se equipara e incluso la pobreza es menor en los sectores rurales (7).

Figura 2.3. Pobreza e indigencia en países de Sudamérica, 2010 o último año disponible



Nota: Información no disponible para Guyana ni Suriname.
Fuente: CEPAL (2011). Panorama Social de América Latina 2011.

Figura 2.4. Pobreza e indigencia en área urbana y rural en países seleccionados de Sudamérica, 2010 o último año disponible



Nota: Países con información urbano rural recolectada por CEPAL. Argentina ni Venezuela registran información rural.
Fuente: CEPAL (2011) Panorama Social de América Latina, 2011.

Uruguay y Argentina tuvieron crisis económicas que dificultaron reducir la pobreza poco después del 2000, pero luego tuvieron una recuperación económica que permitió recuperar las condiciones económicas. Según CEPAL (2008) el crecimiento de los ingresos medios ha sido el factor predominante en la reducción de la

pobreza y la indigencia entre 2002 y 2007 en países como Argentina (área urbana), Colombia, Ecuador (área urbana) y Venezuela, los que tuvieron importante reducción de pobreza. El efecto de mejor distribución y políticas distributivas explica más de la mitad de la reducción de pobreza e indigencia en Bolivia, Brasil y

Chile (en Paraguay, también destaca la reducción en indigencia) (6,8). En Brasil, la política distributiva ha contribuido a reducción de 36% en la desigualdad de ingresos en el período 2001 a 2011 (16).

Según encuestas realizadas en América Latina entre 2003 y 2006 (6), 41% de personas en Bolivia y 36% en Perú tenían necesidades básicas insatisfechas (NBI), categoría para la cual se cumplía la existencia de tres o más de los siguientes indicadores: baja calidad de la

vivienda (material de muros, del techo y del piso); falta de acceso a agua potable; a saneamiento (sistemas de eliminación de excretas con inodoro o escusado conectado a algún sistema de evacuación); a la luz eléctrica; hacinamiento (tres o más personas por pieza); falta de acceso a educación (niños entre 7 y 12 años que asisten a un establecimiento educativo); e incapacidad de consumo suficiente de los hogares (6).

Cuadro 2.5. Alfabetismo y grado de educación en países de Sudamérica, 2010 (o último año disponible)

País	Alfabetismo 2009 %	Matrícula en educación			Escolaridad 2010 Años
		Primaria 2010 %	Secundaria 2010 %	Terciaria 2010 %	
Argentina	97.7	116.7	85.9	69.4	9.3
Bolivia	90.7	107.2	81.3	38.3	9.2
Brasil	90.0	127.5	100.8	34.4	7.2
Chile	98.6	106.4	90.4	54.8	9.7
Colombia	93.2	120.2	94.6	37.0	7.3
Ecuador	84.2	117.5	75.4	42.4	7.6
Guyana	91.8	103.0	103.4	11.2	8.0
Paraguay	94.6	99.4	66.8	36.5	7.7
Perú	89.6	109.1	89.1	34.5	8.7
Surinam	94.6	113.8	75.4	12.3	7.2
Uruguay	98.3	113.6	87.9	64.9	8.5
Venezuela	95.2	103.2	82.1	78.2	7.6
Sudamérica	93.5	119.9	93.7	43.1	7.9

Fuente: PNUD (2011) Informe del Desarrollo Humano 2011; OPS (2010), IBS 2010.

Educación

El nivel de educación logrado en los países, y al interior de ellos, también se relaciona sistemáticamente con el nivel de desarrollo socioeconómico alcanzado y a su vez constituye un importante determinante social de salud. El alfabetismo en la Región aumentó de 88% de la población en 1980 a 93,5% en 2009, con diferentes incrementos en la asistencia escolar en la mayoría de los países. En tres países, el alfabetismo es mayor al 95% mientras que en sólo dos (Perú y Ecuador) es menor a 90%. (Cuadro 2.5). Hay menor cobertura de matrícula de educación secundaria en aquellos países de menor desarrollo económico y mayor ruralidad (entre otros factores que limitan la educación) como ocurre en Paraguay y Surinam. Los años de escolaridad fluctúan entre 9,7 años en Chile y

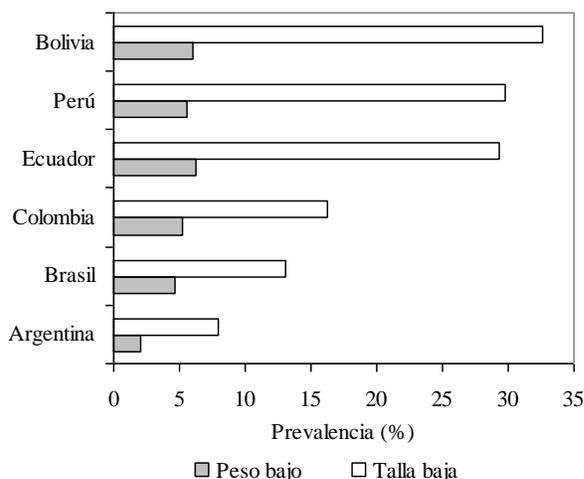
7,2 años en Surinam (9,10). No obstante, el acceso a la educación sigue siendo mayor para hombres que para mujeres, particularmente en zonas rurales, y la calidad de la educación está diferenciada por el ingreso familiar. Como resultado de estas disparidades, algunas personas tienen menos oportunidades para desarrollar conductas saludables y acceder a empleos de calidad y a mejores condiciones de vida (9,10).

Alimentación y nutrición

En base a encuestas nacionales de desnutrición realizadas entre 1998 y 2006, que incluyó seis países de Sudamérica, destaca que existe un alto nivel de desnutrición crónica en países con menor grado de desarrollo económico, como Bolivia, Perú y Ecuador (figura 2.5). La prevalencia de talla baja (alrededor de

30% en esos países) es mayor que el bajo peso (alrededor de 6% en esos países) (11).

Figura 2.5. Desnutrición crónica en niños menores de 5 años de edad, 1998-2006



Fuente: OPS (2008), La desnutrición en lactantes y niños pequeños en América Latina y el Caribe. Alcanzando los ODM.

Agua y saneamiento básico

A distintos niveles de cobertura lograda en cada país, los sectores rurales cuentan con menos acceso a instalaciones adecuadas de agua potable y saneamiento. Es una de las condiciones básicas de bienestar y protección de salud en las viviendas, cuya carencia predispone a riesgos de salud. Este determinante se hace particularmente más crítico en áreas de menor nivel socioeconómico, en sectores rurales e indígenas.

En 2010, destacaban algunos países y áreas que cuentan con en que el agua y saneamiento pueden llegar a ser más críticos para algunos grupos de población:

En 2010, 79% de la población urbana de **Ecuador** recibía agua de la red pública pero sólo 46% en sector rural. En general, el agua no tenía garantía de calidad. Por ello, 40% de la población la hervía, 3% le ponía cloro y 1.3% la filtraba, mientras que 22% usaba agua purificada en botellas plásticas) y un tercio la consumía sin mayor tratamiento. 10% de los hogares no tiene servicio higiénico y descarga directamente al mar, río, lago o quebrada. De las aguas servidas eliminadas a través de alcantarillado (66,6%), solo 5% recibía tratamiento efectivo. En 2009, 77,7% de la población urbana y 59,0% de la rural tenían acceso a agua potable

en **Paraguay**. En las comunidades indígenas, se mantenía mayoritariamente de otras fuentes (como pozos artesianos, aljibes, agua superficial y pozos excavados). 8,5% de la población accedía a la red de alcantarillado sanitario (16,3% en las zonas urbanas frente a 0,3% en las rurales (12).

En 2010 en **Perú**, 69,0% en hogares no pobres de los hogares se abastecía de agua mediante red pública pero sólo 40,0% de los hogares pobres. Casi un quinto de los hogares (18,0%) de los hogares (y más de un tercio de los hogares pobres - 36,6%) se abastecía de agua de río, acequia, manantial o una fuente similar. Sólo 57,5% de las viviendas tenían conexión a la red pública, 27,6% contaba con letrinas, pozo séptico o ciego y 14,9% no contaba con ningún sistema de eliminación de excretas (30,3% en áreas rurales). El saneamiento era mucho más limitado en zonas de la Amazonía. En 2010, 97,1% de la población en zonas urbanas en **Suriname** tenía acceso a fuentes mejoradas de agua potable, pero sólo 44,8% en áreas rurales del interior. 84% de la población (90% en zonas urbanas y costeras tenía acceso a instalaciones sanitarias mejoradas, la cobertura sólo alcanzaba a un tercio (33%) en áreas rurales del interior (12).

La cobertura de agua y saneamiento tiende a ser menor en los países con menores condiciones de desarrollo socio-económico, especialmente en el área rural (información más detallada se presenta en la sección 3.2 del capítulo 3 sobre Ambiente).

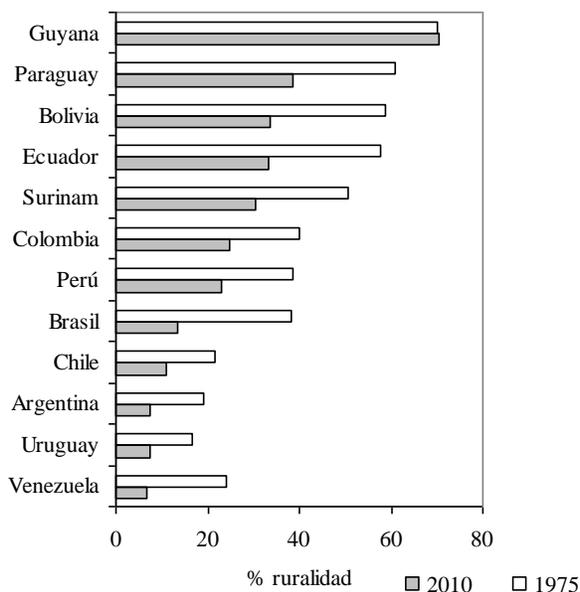
Ruralidad

Casi un quinto de la población de Sudamérica vive en zonas rurales (18,3%). Los países de menor nivel de desarrollo socioeconómico tienden a tener mayor ruralidad, como ocurre con Guyana (71,8%), Paraguay (41,5%) y Bolivia (35,8%) (Figura 2.6) (2,10).

En 1975, casi un tercio de la población vivía en zonas rurales (36,2%), mientras que en 2010, la ruralidad era menos que un quinto (18,6%). El proceso de urbanización paulatina ha ocurrido en todos los países, en general no planificado ni con resguardo de condiciones saludables. La urbanización creciente, pese a facilitar la cercanía física de las personas a los servicios, comercio y oportunidades de empleo, puede asociarse a patrones de consumo y estilos de vida no saludables (como dieta inadecuada, obesidad, sedentarismo y abuso de drogas) al deterioro de las

redes sociales de apoyo y a un incremento en los traumatismos y violencia (2,10).

Figura 2.6. Ruralidad en países de Sudamérica, 1975 y 2010



Fuente: CEPAL (2008) Objetivos de Desarrollo del Milenio. La progresión hacia el derecho a la salud en América Latina y el Caribe CEPAL: Santiago, www.eclac.org; IBS OPS 2010.

Como se indica en otras secciones de este documento, la vida en sectores rurales se relaciona con menores condiciones de ingresos, vivienda, educación y saneamiento, que representan determinantes sociales relacionadas con eventos de salud y muertes que son evitables. También hay un menor acceso a la atención de salud, especialmente a niveles más complejos (13,14).

Vulnerabilidad social

Hay grupos de población en los países de Sudamérica que por sus condiciones socioeconómicas, de desplazamiento, origen étnico o cultural y ubicación geográfica se hacen altamente vulnerables a condiciones adversas del ambiente físico o social, concentrando factores de riesgo y mayor posibilidad de enfermar y morir.

A ello se suma menor protección social y menor acceso a los sistemas de salud por barreras geográficas (como el caso de ruralidad o asentamientos pobres periurbanos de grandes ciudades), culturales o económicas (13,14). La vulnerabilidad social basada en la estimación de necesidades básicas insatisfechas es consistente con el nivel de desarrollo socioeconómico y la proporción de pobreza existente en los países.

Cuadro 2.6. Proporción y cantidad de habitantes indígenas en países de Sudamérica, 2004

Proporción indígena	Cantidad de habitantes indígenas (miles)		
	Menos de 100	100 a 500	Más de 500
Más de 40%			Perú Bolivia Ecuador
5% a 40%	Suriname		Chile
Menos de 5%	Guyana	Argentina Brasil Paraguay Venezuela	Colombia

Fuentes: OPS (2007), Salud de las Américas 2007, Basado en reportes de evaluación de la década internacional de los pueblos indígenas en el mundo, OPS, 2004; Pueblos indígenas, pobreza y desarrollo, Banco Mundial 2005; Lancet 2006; 367: 1859-69.

Cuadro 2.7. Pobreza en grupos de población e indígena o afrodescendiente, en áreas urbanas y rurales de países seleccionados de Sudamérica, 2007 o último año disponible

País	Año	Área urbana		Área rural	
		No indígena ni afro-descendiente %	Indígena o afrodescendiente %	No indígena ni afro-descendiente %	Indígena o afrodescendiente %
Bolivia	2007	11,3	21,4	46,8	63,8
Brasil	2007	6,3	9,5	17,8	21,4
Chile	2006	3,1	4,2	3,0	6,2
Ecuador	2007	11,6	20,0	20,7	32,3
Paraguay	2007	18,1	31,7	26,0	47,0

Fuente: CEPAL (2008) Panorama Social de América Latina 2008. CEPAL: Santiago, Chile.

De acuerdo al Atlas Regional de Vulnerabilidad Social (OPS-CELADE, 2011), la proporción de hogares con necesidades insatisfechas (limitado material constructivo de la vivienda, hacinamiento, educación y capacidad económica de los hogares) en los municipios alcanza a 86,1% en Bolivia, 45,2% en Ecuador y 35,6% en Paraguay, mientras que en Argentina y Brasil es sólo de 16,9% y 16,2%, respectivamente (15). Aunque no hay estimaciones globales precisas, los habitantes indígenas representan una proporción importante de la población en Sudamérica, especialmente en Perú, Bolivia y Ecuador

(cuadro 2.6) (6). Los pueblos indígenas tienden a ser particularmente vulnerables en materias de salud, especialmente por la influencia de distintos factores de tipo socioeconómico y ruralidad que limitan la posibilidad de integración a mercados productivos, condicionan un menor acceso a las acciones de promoción y prevención de salud, con menores oportunidades para lograr condiciones y estilos de vida saludables. En los distintos países se registra consistentemente que la pobreza aumenta en grupos de población indígena o afrodescendiente, especialmente en los sectores rurales (cuadro 2.7) (6,14).

Figura 2.7. Principales tipos de cosas que las personas deberían tener, para sentirse parte de la sociedad en Sudamérica, 2007



Nota: Proporción de personas (%) que perciben cosas que deberían tener para ser parte de la sociedad. No incluye datos de Guyana ni Suriname.

Fuente: CEPAL (2008) Panorama Socioeconómico en América Latina y el Caribe, en base a tabulaciones especiales de la Encuesta Latinobarómetro 2007. CEPAL: Santiago, Chile.

Exclusión social

Existen distintos tipos de factores que contribuyen a la exclusión de las personas de los beneficios del mercado productivo y de la red social. Estos factores se tienden a concentrar en personas con mayor privación socioeconómica, pobreza y falta de inserción en la red social.

En la percepción de las personas, hay una serie de cosas que consideran de gran importancia tener para sentirse parte de la sociedad (figura 2.7) (6). Dos tercios de personas le da primera importancia a tener un oficio o profesión (67,7%) y la mitad da importancia a tener ingreso propio (52,0%). La tenencia de casa, tierra o propiedad y la educación superior son también altamente consideradas (39,1% y 38,3% respectivamente).

La percepción de la importancia de no tener discapacidad alcanza a casi un tercio (31,4%) y es un factor que tiene implicancias para salud (prevención, curación, rehabilitación, promoción de estilos de vida saludable). La expectativa de vivir en una ciudad grande es un factor que motiva migraciones, con implicancias económicas, sociales y en salud.

Protección social

La protección social incluye mecanismos, programas y subsidios orientados a prevenir o aliviar que las posibles carencias de condiciones o adversidades de vida puedan producir necesidades, sufrimientos y complicaciones en el bienestar de los diversos grupos de población y que no pueden abordar en forma autónoma, en temas como ingreso, vivienda, educación, salud y otros aspectos críticos. Parte de la protección social es dada por el Estado y otra por diversas entidades basadas en contribuciones.

Desde el año 2000, el gasto público social en seguridad y asistencia social ha aumentado progresivamente en Sudamérica. En el período 2008-2009 el gasto alcanzó aproximadamente a 542 US dólares per cápita (de 2005) en Sudamérica. Mientras ese gasto llegó a 719 y 711 dólares per cápita en Uruguay y Brasil respectivamente, en Ecuador y Paraguay sólo alcanzaba sólo a 47 y 45 dólares respectivamente (cuadro 2.8) (7).

Cuadro 2.8. Gasto público social en seguridad y asistencia social (US dólares de 2005) en países de Sudamérica, 2000 a 2009

País	2000-2001	2002-2003	2004-2005	2006-2007	2008-2009
	USD	USD	USD	USD	USD
Argentina	452	380	418	530	690
Bolivia	55	60	55	51	66
Brasil	492	534	569	642	711
Chile	500	492	465	440	545
Colombia	148	155	202	257	300
Ecuador	12	9	15	28	47
Paraguay	25	40	31	42	45
Perú	98	114	123	118	113
Uruguay	670	589	591	675	719
Venezuela	196	184	214	270	...
Sudamérica	360	373	402	460	542

Nota: Guyana y Suriname sin información

Fuente: CEPAL 2011, Panorama Social de América Latina y el Caribe, 2011

Entre 2000-2001 y 2008-2009, el gasto público social en seguridad y asistencia social como porcentaje del producto interno bruto, aumentó de 8,4% a 10,5% en los países de Sudamérica, aunque con un amplio rango entre países, pues mientras que en Brasil representaba el 13,4%, en Ecuador sólo alcanzaba al 1,5% (cuadro 2.9) (7).

La protección social a través de la seguridad social cumple un rol importante en la población que trabaja y puede contribuir a sistemas previsionales. La cobertura de la seguridad social permite a los trabajadores estar socialmente protegidos mediante afiliación a sistemas previsionales y tener acceso a los sistemas y seguros de salud. En 2006, dos tercios de las personas ocupadas

referían ser afiliados a sistemas de previsión social en Chile (66,7%) En Venezuela esta proporción era algo menor (60,9%) y la mitad de ocupados en Brasil tenían esta condición (49,5%). La cobertura en sectores urbanos es ostensiblemente más alta que en sectores rurales, mayor en sector urbano formal y en hombres

(cuadro 2.10) (6). En todos los países hay significativa correlación entre el nivel de ingreso de los hogares y la cobertura de la seguridad social, ya que los trabajadores de mayores ingresos pueden hacer mayor contribución y tienen mayor cobertura.

Cuadro 2.9. Gasto público social en seguridad y asistencia social, como porcentaje del producto interno bruto en países de Sudamérica, 2000 a 2009

País	2000-2001	2002-2003	2004-2005	2006-2007	2008-2009
	%	%	%	%	%
Argentina	10,3	9,7	9,2	10,0	12,0
Bolivia	5,6	6,0	5,3	4,7	5,7
Brasil	11,2	12,0	12,1	12,8	13,4
Chile	7,9	7,5	6,5	5,8	6,9
Colombia	4,8	4,9	6,0	7,0	7,8
Ecuador	0,5	0,4	0,5	0,9	1,5
Paraguay	2,1	3,3	2,5	3,2	3,3
Perú	4,0	4,4	4,4	3,7	3,2
Uruguay	13,7	13,6	11,7	12,0	11,3
Venezuela	3,7	4,1	4,1	4,6	...
Sudamérica	8,4	8,8	8,9	9,4	10,5

Nota: Guyana y Suriname sin información

Fuente: CEPAL 2011, Panorama Social de América Latina y el Caribe, 2011

Cuadro 2.10. Cobertura de la seguridad social en países seleccionados de Sudamérica, 2006 o último año disponible

País	Año	Total %	Zonas		Sector urbano		Mujeres %	Hombres %
			urbanas %	rurales %	formal %	informal %		
			Argentina	2006	...	60,0			...	68,8	22,3	55,0	64,1
Bolivia	2004	15,6	20,2	9,0	44,4	6,0	16,6	14,8
Brasil	2006	49,5	56,0	20,5	78,7	35,1	48,3	50,4
Chile	2006	66,7	68,1	55,7	82,6	51,6	62,9	69,0
Ecuador	2006	28,7	33,1	20,4	59,6	14,9	30,4	27,6
Paraguay	2005	14,1	20,0	6,0	46,5	4,4	15,3	13,4
Perú	2003	13,7	20,1	3,4	46,2	4,7	9,8	16,8
Uruguay	2005	...	61,1	...	82,7	40,5	60,7	61,5
Venezuela	2006	60,9	...	...	68,6	16,1	65,0	58,2

Fuente: CEPAL (2008) Panorama Social en América Latina y el Caribe, CEPAL: Santiago, Chile.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud (2011). Informe Anual del Directora 2011. La salud y los Objetivos de Desarrollo del Milenio: del compromiso a la acción, Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS: WDC. Disponible en www.paho.org
2. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2008) Objetivos de Desarrollo del Milenio. La progresión hacia el derecho a la salud en América Latina y el Caribe. CEPAL: Santiago de Chile. Disponible en www.eclac.org. Acceso en marzo de 2012
3. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2012), CEPALSTATS, Base de Datos interactiva de Estadísticas de América Latina y el Caribe, Disponible en <http://websie.eclac.cl/sisgen/ConsultaIntegrada.asp> Acceso en junio de 2012
4. Organización Panamericana de la Salud (2011) Situación de Salud en las Américas. Indicadores Básicos 2011, OPS: WDC, Disponible en www.paho.org. Acceso en junio de 2012
5. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2011), Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe 2011, Disponible en <http://www.eclac.cl/>, Acceso en junio de 2012
6. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2008), Panorama Social de América Latina y el Caribe 2008. CEPAL: Santiago de Chile. Disponible en www.eclac.org. Acceso en marzo de 2012
7. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2011), Panorama Social de América Latina y el Caribe 2011 (LC/G.2481-P). CEPAL: Santiago de Chile. Disponible en www.eclac.org. Acceso en marzo de 2012
8. Torres R (2009) Crisis financiera global: implicancias para el sistema de salud. Presentación en Reunión Subregional Gerentes OPS, Asunción, 10 febrero 2009.
9. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2011), Informe del Desarrollo Humano. 2011, PNUD: Nueva York
10. Organización Panamericana de la Salud (2010) Situación de Salud en las Américas. Indicadores Básicos 2010, OPS: WDC, Disponible en www.paho.org. Acceso en junio de 2012
11. Organización Panamericana de la Salud (2008) La desnutrición en lactantes y niños pequeños en América Latina y el Caribe. Alcanzando los ODM OPS: WDC, Disponible en www.paho.org. Acceso en junio de 2012
12. Organización Panamericana de la Salud (2012) Salud en las Américas 2012, Informes de país, OPS: WDC
13. Organización Panamericana de la Salud (2007) Agenda de Salud en las Américas 2008-2017. OPS/OMS: WDC. Disponible en www.paho.org
14. Organización Panamericana de la Salud (2007) Salud en las Américas 2007. Volumen Regional. OPS. Washington DC. Disponible en: www.paho.org/hia/SAvol1esp.zip Acceso en febrero de 2012.
15. Organización Panamericana de la Salud y Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de CEPAL (2010), Atlas regional de vulnerabilidad subnacional y su impacto en salud. América Latina y el Caribe OPS: WDC, 2011.
16. IPEA (2012), Comunicado de IPEA, Septiembre de 2012- N° 155 – La Década Inclusiva (2001-2011): Desigualdade, Pobreza e Políticas de Renda. Disponible en: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/comunicado/120925_comunicado0155.pdf

3. MEDIO AMBIENTE Y SEGURIDAD HUMANA

En este capítulo se destacan algunos aspectos del medio ambiente en la perspectiva de salud pública y la seguridad humana. Destacan los temas de desarrollo sostenible y salud ambiental, el acceso a condiciones mejoradas de agua potable y saneamiento básico, los residuos sólidos; la deforestación y degradación del suelo; la contaminación de aire y efectos en la salud; el ambiente laboral y la salud de los trabajadores; la seguridad vial; los principales tipos de violencia; los desastres naturales; el cambio climático y efectos sobre la salud; y seguridad alimentaria y nutricional.

Abordaje de condiciones del ambiente

Sudamérica tiene un enorme recurso natural y condiciones ambientales que representan una gran riqueza para la región (agua, gas natural, bosques, potencialidad de agricultura y ganadería). Sin embargo, el proceso de industrialización y explotación masiva de productos naturales (como bosques) ha llevado a un importante deterioro de las condiciones del ambiente. La deforestación, la erosión de los suelos y la desertificación están afectando a todos los países de la Región en mayor o menor medida, lo que representa una amenaza para la seguridad del abastecimiento de alimentos y agua, y aumenta la vulnerabilidad de la población frente a los desastres naturales (1,2).

El crecimiento urbano e industrial acelerado y descontrolado con falta de planificación urbana ha llevado a una mayor contaminación del aire (especialmente industrial y por vehículos), el agua y el suelo. Nuevos asentamientos urbanos, constituidos por grupos como los migrantes desde sectores rurales, tienen en general limitadas condiciones económicas, habitacionales, de saneamiento y de vida, lo que en su conjunto limita las oportunidades de contar con ambientes físicos y sociales que permitan un estilo de vida saludable, y donde la promoción y prevención en salud se hace más difícil (limitada red social, baja educación, dietas inadecuadas, aspectos críticos como abuso de drogas y violencia) (1,2).

El mayor intercambio comercial y de personas (facilitado por la globalización) y los tratados de libre comercio llevan a fortalecer la legislación, controles y vigilancia sanitaria para que los países estén alertas para enfrentar la aparición de problemas imprevistos serios de salud pública sobre las condiciones del ambiente y la salud de las personas. Este aspecto es abordado adecuadamente en el Reglamento Sanitario internacional, así como en los esfuerzos nacionales e internacionales para su aplicación (1-3).

Agua potable y saneamiento básico

Los países de Sudamérica han continuado aumentando su cobertura de acceso a fuentes mejoradas de agua potable e instalaciones mejoradas de saneamiento desde 2000, especialmente en sus áreas urbanas. Queda sin embargo un desafío pendiente en lo que respecta a las áreas rurales y al asegurar acceso a los sectores más vulnerables de la población, hasta lograr conexión por tubería hasta el interior de los hogares.

La inversión en ampliar y modernizar la infraestructura de agua potable y saneamiento es una importante inversión social, dentro de las políticas de desarrollo. Sin embargo, el relativo limitado presupuesto que manejan los estados y las crisis financieras tienden a postergar o disminuir la prioridad por invertir en infraestructura de agua y saneamiento, y eso incluye a la solicitud de préstamos internacionales o decisiones de inversión de los agentes privados (4).

Entre 2000 y 2008, la cobertura de agua potable aumentó en 3,7% en Sudamérica, alcanzando a 95% en 2008. El mayor aumento se produjo en Paraguay (16,2%), aunque sigue siendo uno de los países con menor cobertura (86%) (Cuadro 3.1) (5).

La cobertura de agua potable en áreas urbanas a llegado a ser prácticamente universal en los países de Sudamérica, aunque ha llegado a ser sólo 80% en las áreas rurales, a pesar de haber aumentado en 10,0% desde el año 2000. Destaca el esfuerzo realizado por Paraguay en el aumento de cobertura rural de 29,4% en 8 años, aunque llegó sólo a una cobertura de 66%. Perú se mantiene como el país con menor cobertura de agua potable (82%), a pesar de que hubo aumento de 3,7% entre 2000 y el 2008, el cual se hizo a expensas de aumento de 13,0% en sectores rurales. Pese a ello, continúa con la menor cobertura entre los países de Sudamérica (61%).

Cuadro 3.1. Cobertura de acceso a fuentes mejoradas de agua potable en países de Sudamérica, área urbana y rural, en 2000 y 2008

País	Total			Urbana			Rural		
	2000	2008	Aumento	2000	2008	Aumento	2000	2008	Aumento
	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Argentina	96	97	1,0	98	98	0,0	78	80	2,6
Bolivia	79	86	8,9	94	96	2,1	56	67	19,6
Brasil	93	97	4,3	97	99	2,1	75	84	12,0
Chile	94	96	2,1	99	99	0,0	66	75	13,6
Colombia	91	92	1,1	99	99	0,0	71	73	2,8
Ecuador	86	94	9,3	91	97	6,6	78	88	12,8
Guyana	89	94	5,6	93	98	5,4	87	93	6,9
Paraguay	74	86	16,2	92	99	7,6	51	66	29,4
Perú	79	82	3,8	90	90	0,0	54	61	13,0
Suriname	91	93	2,2	98	97	-1,0	73	81	11,0
Uruguay	98	100	2,0	99	100	1,0	88	100	13,6
Venezuela	92	...	...	94	...	...	74	...	...
Sudamérica	91	95	3,7	96	98	1,7	72	80	10,0

Fuente: CEPAL (2012) CEPALSTATS. Acceso en junio de 2012 (5).

Cuadro 3.2. Cobertura de saneamiento en países de Sudamérica, área urbana y rural, en 2000 y 2008

País	Total			Urbana			Rural		
	2000	2008	Aumento	2000	2008	Aumento	2000	2008	Aumento
	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Argentina	91	90	-1,1	92	91	-1,1	77	77	0,0
Bolivia	23	25	8,7	32	34	6,3	8	9	12,5
Brasil	75	80	6,7	84	87	3,6	36	37	2,8
Chile	92	96	4,3	96	98	2,1	71	83	16,9
Colombia	72	74	2,8	80	81	1,3	50	55	10,0
Ecuador	83	92	10,8	92	96	4,3	70	84	20,0
Guyana	79	81	2,5	85	85	0,0	77	80	3,9
Paraguay	58	70	20,7	79	90	13,9	31	40	29,0
Perú	62	68	9,7	77	81	5,2	27	36	33,3
Suriname	83	84	1,2	90	90	0,0	65	66	1,5
Uruguay	96	100	4,2	97	100	3,1	90	99	10,0
Venezuela	89	...	...	93	...	...	54	...	...
Sudamérica	76	79	4,2	84	86	2,1	45	48	5,7

Fuente: CEPAL (2012) CEPALSTATS. Acceso en junio de 2012 (5).

Entre 2000 y 2008, la cobertura de saneamiento en Sudamérica aumentó en 4,2%, alcanzando a 79% en 2008. El mayor aumento se produjo en Paraguay (20,7%), aunque mantiene una limitada cobertura (70%). En Bolivia, sólo un cuarto de la población tiene acceso a saneamiento adecuado (25%) (Cuadro 3.2) (5). La cobertura de saneamiento en áreas urbanas en los países de Sudamérica alcanzó a 86% en 2008,

con un aumento de 2,1% desde 2000. Hay gran variación de cobertura urbana entre países: en 2008, el rango era entre 100% y 34% (Uruguay y Bolivia respectivamente) (5). El mayor aumento de cobertura saneamiento rural fue en Paraguay, con 29,0% en 8 años (aunque sólo llegó a 40% en 2008). Ese año, el rango de nivel de cobertura en saneamiento rural era amplio: desde 99% en Uruguay a sólo 9% en Bolivia.

Cuadro 3.3. Promedio anual PPM 2.5 µg/m³ en algunas ciudades seleccionadas de Sudamérica, entre 2006 y 2010

País	Ciudad	Promedio anual PPM 2.5 µg/m ³	Año
Perú	Lima	34,2	2010
Chile	Talca	32,8	2007
Chile	Santiago	31,7	2006
Chile	Concepcion	24,0	2007
Perú	Callao	19,6	2010
Ecuador	Quito	19,4	2009
Chile	Valparaiso	18,7	2007
Chile	Alto Hospicio (Iquique)	18,2	2008
Brazil	R Metropol. Sao Paulo	15,0	2009
Chile	Calama	14,5	2007
Brasil	Sao Paulo	11,0	2009

Fuente: OMS (2011) *Urban outdoor air pollution database* (7).

Contaminación de aire y otros

La contaminación atmosférica es un problema que en distinto grado afecta a la mayor parte de las ciudades de Sudamérica, especialmente las grandes urbes con un componente industrial o con gran intensidad de tráfico automotor. Sin embargo, se cuenta con poca

información regional, salvo en aquellos casos en que por el nivel de contaminación, se han adoptado medidas que incluyen monitoreo específico, como es el caso de Sao Paulo y Santiago de Chile (6). La OMS (2011) mantiene una base sobre contaminación atmosférica, pero en el caso de Sudamérica contiene escasos datos de ciudades de Brasil, Chile y Ecuador. Allí se detecta que el promedio anual PPM 2.5 µg/m³ en algunas ciudades seleccionadas de Sudamérica, entre 2006 y 2010, fluctúa entre 34,2% y 11,0 PPM 2.5 µg/m³ (Lima y Sao Paulo, respectivamente) (cuadro 3.3) (7).

Según CEPAL (2003), las ciudades en que se ha detectado mayor problema de contaminación, además de Sao Paulo y Santiago de Chile, son: Belo Horizonte, Bogotá, Buenos Aires, Caracas, Córdoba, La Paz, Lima, Mendoza, Quito, Río de Janeiro y San Salvador (6). En esta contaminación contribuyen factores como condiciones meteorológicas y topográficas. Los automóviles han pasado a ser la principal causa de contaminación ambiental. Hay un importante aumento del parque automotor y muchos vehículos envejecen dejando de cumplir con condiciones básicas de no contaminación excesiva (6).

Cuadro 3.4. Emisiones de dióxido de carbono y consumo de sustancias que agotan el ozono en países de Latinoamérica 1990 y 2008 o 2009

País	Emisiones de dióxido de carbono						Consumo de sustancias que agotan el ozono (deagregado)	
	Total		per cápita		por cada US dólar PIB (const. 2000)		Nivel 1990	Nivel 2009
	Nivel 1990	Nivel 2008	Nivel 1990	Nivel 2008	Nivel 1990	Nivel 2008		
Argentina	112607	192378	3,5	4,8	0,463	0,365	1515	395
Bolivia	5504	12835	0,8	1,3	0,269	0,335	77	4
Brasil	208875	393220	1,4	2,0	0,195	0,214	39337	1459
Chile	35486	73109	2,7	4,4	0,409	0,325	1016	247
Colombia	57336	67700	1,6	1,5	0,287	0,184	2153	321
Ecuador	16834	26824	1,6	2,0	0,298	0,263	649	82
Paraguay	2262	4118	0,5	0,7	0,133	0,152	240	26
Perú	21164	40535	1,0	1,4	0,218	0,179	893	27
Uruguay	3993	8328	1,3	2,5	0,184	0,214	465	37
Venezuela	122151	169533	6,2	6,0	0,646	0,516	4809	165
Sudamérica	586212	988580	2,0	2,6	0,281	0,254	51152	2764

Nota: Guyana y Surinam sin datos
Fuente: PSE CEPAL 2011

Cuadro 3.5. Proporción de modalidad de prestación de servicios de recolección de residuos sólidos en países de Sudamérica, 2010

País	Servicio municipal directo %	Otras modalidades			Total otras %
		Contrato servicios %	Cooperativas %	Otras públicas %	
Argentina	45,6	54,3	0,1	0,0	54,4
Bolivia	53,7	37,9	8,4	0,0	45,3
Brasil	41,9	54,3	1,3	0,0	58,1
Chile	18,8	81,2	0,0	0,0	81,2
Colombia	30,6	69,0	0,4	0,0	69,4
Ecuador	79,9	19,9	0,2	0,0	21,1
Guyana	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0
Paraguay	59,0	41,0	0,0	0,0	41,0
Perú	66,1	33,9	0,0	0,0	33,9
Uruguay	78,3	21,2	0,5	0,0	21,7
Venezuela	59,9	24,1	12,0	4,0	40,1
Suramérica	45,1	51,5	1,8	0,3	54,9

Nota: Sin información de Suriname

Fuente: Tello et al, 2010, Informe de la Evaluación del manejo de residuos urbanos en ALC 2010.

Frente a esta situación, se han adoptado diversos mecanismos legales y otros que tienden a restringir la mayor contaminación, destacando Chile con estricto control periódico de emisión de gases, restricción de fuentes contaminantes en períodos de alerta y emergencia ambiental, y supresión parcial del tránsito en esos períodos (8).

En el cuadro 3.4 se sintetiza el aumento de emisiones de dióxido de carbono que ha existido en los países de Latinoamérica entre 1990 y 2008, tanto global como per cápita (aumento de alrededor de 30% per cápita en ese período) (9). Si bien hay aspectos de la actividad agrícola y forestal que no representan una amenaza para el ambiente, como la cosecha y renovación de árboles o el cultivo agrícola, especialmente si se estimula o permite en el terreno la regeneración de un nuevo bosque. El problema es cuando la tierra se destina a otros usos y la biomasa remanente se quema, liberando grandes cantidades de gases de efecto invernadero que se liberan y van a parar a la atmósfera.

Residuos sólidos

En 2010, la evaluación regional del manejo de residuos urbanos en América Latina y el Caribe permitió estimar cambios significativos respecto a una evaluación similar realizada en 2002 (9). Sin embargo, entre los

aspectos aún pendientes destaca que aproximadamente la mitad de los residuos urbanos aún reciben disposición final inadecuada. Los municipios tienen limitaciones financieras para el cumplimiento y expansión de esta función en las zonas marginales más pobres, la recolección es aún deficiente, muchas veces se mantienen los vertederos en vez de rellenos sanitarios, y este tipo de actividad está poco regulada y controlada (9).

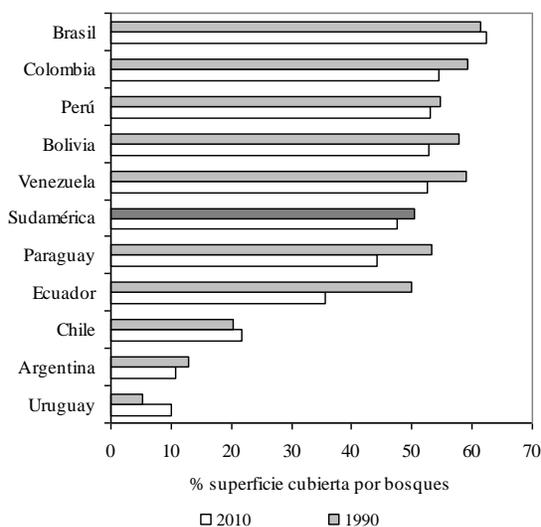
Las posibilidades actuales de reciclado de los residuos, de considerar el cambio climático y de considerar políticas para la producción, recolección, y disposición final de los residuos en general están bajo discusión y cierto grado de avance desde 2002. Pero aún quedan importantes desafíos y temas pendientes, donde el nivel municipal juega un rol esencial (9).

Según el informe de la evaluación regional del manejo de residuos urbanos en ALC 2010, 45% de la recolección de residuos sólidos urbanos es provista en forma directa por los municipios y la mayoría del resto está a cargo de servicios contratados (51,5%) (Cuadro 3.5). Hay una pequeña proporción provista por cooperativas (1,3%) y excepcionalmente hay servicios provistos por otras entidades públicas, como ocurre en Venezuela donde representa el 4%).

El manejo de residuos sólidos era más limitado en algunos países (10):

- En 2010, sólo 39,2% de la población en **Paraguay** tenía servicios de disposición de residuos, fuese por recolección pública o privada (69,7% en el quintil más rico y 7,5% en el más pobre). El 48,5% de la población utilizaba la quema (80,4% en las zonas rurales). 70,8% de los residuos se botaba en vertederos a cielo abierto y controlados, y el resto en rellenos sanitarios.
- En 2009, 74,0% de la población de **Perú** contaba con servicios de recolección de residuos sólidos. De las 8.532 toneladas diarias de basura recolectada, 66,0% recibían alguna forma de disposición final (14,7% se reciclaba y el resto iba a rellenos sanitarios) y 29,8% se vertían al ambiente (los ríos y playas son los principales receptores).
- Había limitada capacidad de servicios de manejo de residuos en **Suriname**, en zona urbana alcanza a 70% de los residuos sólidos, pero 39% en otros distritos. Los depósitos ilegales y la incineración de la basura doméstica seguían siendo un persistente riesgo para la salud (10).

Figura 3.1. Proporción de superficie cubierta por bosques en países de Latinoamérica 1990 y 2010



Nota: Guyana y Surinam sin datos
Fuente: Panorama Social de A. Latina 2011, CEPAL 2011

Deforestación y degradación del suelo

Dada la gran riqueza de los bosques y suelo fértil existente en el ecosistema de Sudamérica, especialmente en la Amazonía, cobra importancia la preocupación por la deforestación progresiva (de bosques nativos) y degradación del suelo, cuyas causas en general son evitables. La proporción nacional de superficie cubierta por bosques, para 1990 y 2010, se sintetiza en la figura 3.1. Destaca que en la mayoría de países de Latinoamérica hay una tendencia hacia la reducción de superficie cubierta de bosques.

Estas están fuertemente influenciadas por poderosos factores de tipo productivos y económicos que hacen difícil que los estados tengan los mecanismos para poder proteger los bosques. Se estima que el 17,4% de todas las emisiones de gases de efecto invernadero son provocadas por el hombre a través de la deforestación y degradación del bosque (11).

En muchas sociedades, las tierras agrícolas y los terrenos urbanos son de propiedad privada y es difícil que el estado asuma mecanismos legales de resguardo forestal. En zonas con grupos más pobres y sin propiedad, pueden usar agricultura que incluye la corta y quema de árboles para sobrevivir. Ello deteriora la producción y subsistencia, que lleva al desplazamiento de los campesinos a otras tierras (11).

Las consecuencias de ello afectan directa o indirectamente la salud, como es el caso de deficiencias de alimentación y nutrición, pobreza, emigración a otras áreas, tensiones sociales (por falta de tierras fértiles para subsistencia) y se contribuye al efecto invernadero.

Desastres naturales

Sudamérica en una región con gran diversidad de relieves y climas. Hay sectores particularmente expuestos a actividad volcánica, terremotos y maremotos. Las inclemencias y cambios climáticos en algunas áreas exponen a precipitaciones sostenidas, inundaciones, aluviones, incendios forestales, nevadas y seguías. Los desastres naturales y los provocados por el hombre afectan el medio ambiente y el estado de salud de la población de la Región tanto por consecuencias directas – como el caso de terremotos o inundaciones – o indirectas, como el caso de deforestación o pérdida de áreas verdes en ciudades

contaminadas y de alta densidad poblacional. En el quinquenio 2006-2010, destacan (10):

- Las situaciones de emergencia y desastre más recurrentes en **Argentina** son nevadas intensas, incendios forestales y posibles sismos. En 2007 hubo una sequía con muerte de unas 800 mil cabezas de ganado vacuno; fuertes lluvias provocaron desbordes de ríos y evacuación de familias. En 2008, recibió nubes de cenizas del volcán Chaitén (en Chile) con pérdidas de ganado y económicas. En 2009 un tornado (San Pedro) causó 10 muertos, 60 heridos y cuantiosos daños materiales.
- Entre 2003 y 2009, se registró 9.583 situaciones de emergencia o estado de calamidad pública en **Brasil** (64,1% por sequía y 30,2% por inundaciones). Los deslizamientos de tierra son frecuentes e intensos (Estado de Santa Catarina en 2008, y Nordeste en 2010). Más de 90% de ellos se asocian a intervención humana (construcción de carreteras, trochas y terraplenes, deforestación y degradación de las zonas de vegetación).
- Dada su naturaleza montañosa y volcánica, **Chile** tiene frecuente actividad sísmica, como el terremoto y tsunami de febrero de 2010 que afectó cuatro regiones y causó 512 defunciones y 16 desapariciones, y 800.000 personas damnificadas (problemas de vivienda, pobreza, saneamiento, salud mental y otros), así como infraestructura sanitaria.
- Durante 2010 y el primer trimestre de 2011, las inundaciones en **Colombia** causaron 400 defunciones y cerca de 3,2 millones de personas afectadas, con miles de viviendas y hectáreas de cultivos destruidos. Colombia tiene alto riesgo de movimientos sísmicos, deslizamientos, tsunamis y erupciones volcánicas (10).
- **Guyana** es vulnerable a una variedad de desastres naturales y antropogénicos que pueden empeorar en razón del cambio climático, como las inundaciones. Ello contribuye al aumento de las enfermedades transmitidas por vectores que son endémicas en algunas zonas del país.
- Los incendios, sequías e inundaciones son los principales desastres naturales periódicos en **Paraguay**. Los incendios de algunas zonas llevaron a la declaración de emergencia nacional en 2007. Su origen es esencialmente humano, relacionado con ciclos productivos agropecuarios y la quema de residuos sólidos. Entre 2007 y 2010, hubo serios efectos de sequías en la región del Chaco.

- **Uruguay** esta expuesto a inundaciones fluviales y otros riesgos ante los cuales ha preparado planes de vigilancia sanitaria, una política energética tendiente y planes de acción sobre el cambio climático.
- **Venezuela** está expuesto a frecuentes incendios forestales, lluvias intensas, inundaciones y sequías (fenómenos del Niño y de la Niña). En 2010, las lluvias alcanzaron 1.657,5 milímetros por metro cuadrado, con 323.266 personas afectadas, 38 defunciones, 31 mil viviendas colapsadas, cerca de 400 vías, 39 puentes y 3 embalses dañados y 50 mil hectáreas de cosechas perdidas (10).

Cambio climático y efectos sobre la salud

En el 2007, el Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático llegó a la conclusión de que los cambios climáticos observados son incuestionables. Esto se basa en los aumentos observados en las temperaturas promedio a nivel mundial del aire y los océanos, así como el derretimiento generalizado de la nieve y el hielo y el aumento del nivel del mar promedio en todo el mundo. Los datos probatorios de todo el mundo demuestran que el aumento de las temperaturas está cambiando y perturbando el equilibrio de los sistemas naturales que satisfacen las necesidades básicas de vida (19,20).

Los efectos nocivos para la salud del cambio climático pueden ser directos e indirectos. Los extremos climáticos como el estrés térmico y los desastres meteorológicos afectan directamente a la salud. La transmisión de enfermedades por vectores, el agua o los alimentos y la inseguridad en el suministro de agua y alimentos son consecuencias indirectas del cambio climático. Los desastres, las sequías y las enfermedades causados por el cambio climático pueden generar problemas sociales y económicos, como el desplazamiento de poblaciones (OPS 2008). Dado que cabe prever cierto grado de cambio climático, los países, incluido el sector de la salud, deben hacer ajustes para adaptarse a tales cambios y preparar los sistemas de salud para proteger la salud de la población del aumento de los riesgos asociados con el cambio climático. En particular, será necesario fortalecer las intervenciones principales de salud pública en áreas como el control de vectores, la protección de la salud ambiental, la promoción de la salud y la vigilancia de enfermedades. Para abordar estos problemas, la OPS

lanzó una Estrategia y Plan de Acción en 2011 (OPS, 2011) (13, 19-21).

Cuadro 3.6. Vehículos y mortalidad por accidentes de tránsito terrestre, en países de Sudamérica, 2007

País	Vehículos (millones)	Muertes por accid. tránsito *100 mil hab.	Mortalidad proporcional según tipo de vehículo o peatón				
			Conductor o pasajero vehíc.		Ciclistas	Peatones	Otros y sin especificar
			4 ruedas %	2-3 ruedas %			
Argentina	1,2	11,1	41,7	9,5	6,2	19,4	23,2
Bolivia	0,7	16,7	59,0	4,0	1,0	35,0	1,0
Brasil	49,6	22,9	9,8	20,0	4,6	27,9	37,7
Chile	2,8	13,5	24,3	2,6	6,5	40,1	26,6
Colombia	5,0	20,4	17,2	36,1	7,7	33,6	5,5
Ecuador	1,0	25,3	13,5	0,8	0,5	43,2	42,0
Guyana	0,1	21,6	34,7	15,9	15,9	30,0	3,4
Paraguay	0,6	28,7	2,8	24,2	1,1	36,9	35,0
Perú	1,4	8,8	18,0	0,0	3,0	78,0	1,0
Suriname	0,2	19,2	43,3	31,1	3,3	22,2	0,1
Uruguay	1,0	13,5	...	...	...	...	...
Venezuela	4,0	24,8	74,7	0,0	0,0	24,6	0,7
Sudamérica	67,6	20,1	21,3	15,9	4,4	32,4	25,2

Fuentes: OMS (2009) Informe sobre la situación mundial de seguridad vial.; OPS (2011) para muertes por accidentes de tránsito (2007-2009).

En el quinquenio 2006-2010, destaca a nivel de país (10):

- **Argentina** puede ser afectada con derretimiento de glaciares, un aumento del régimen de lluvias (5% a 10%) y de la escorrentía (10% a 30%).
- En 2010, en **Bolivia** se realizó una evaluación de la vulnerabilidad sanitaria nacional y subnacional al cambio climático, como base para diseñar e implementar medidas de adaptación.
- De acuerdo a distintos registros nacionales, se cree que los eventos extremos han aumentado en frecuencia e intensidad **Brasil**, especialmente las lluvias, originando un número significativo de muertes y cambios en el patrón de la morbilidad (aumento de enfermedades relacionadas con vectores o transmitidas por agua) y grandes pérdidas económicas.
- En 2010, la ola invernal en **Colombia** afectó a 2,27 millones de personas, 341.000 viviendas, 751 carreteras, 807.609 hectáreas, 813 centros educativos y 15 centros de salud.
- En **Ecuador** destacan olas de calor o de frío, escasez de alimentos y de agua, crecidas de agua y

deslizamientos, migraciones y enfermedades transmitidas por vectores y roedores.

- **Guyana** se ha transformado en un líder mundial en la promoción de la mitigación del cambio climático, para lo cual cuenta con estrategia nacional al respecto (en temas energéticos, carreteras, hídricos, y otros relevantes) (10).
- En 2006, hubo grandes inundaciones en el interior de **Suriname** (30 mil km² bajo el agua, incluyendo unos 157 pueblos). Hay vulnerabilidad de la región baja de la costa y por los cambios en lluvias (10).

Seguridad vial

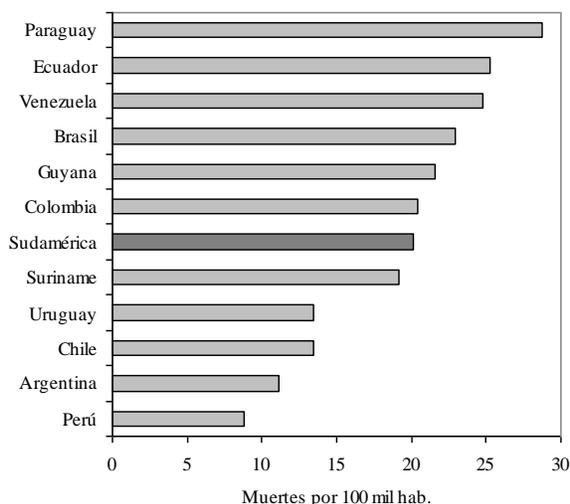
En general, la seguridad vial está relacionada con el nivel socioeconómico y educacional de los diversos países, siendo más deficitaria en países de ingresos medios y bajos, aunque poseen una proporción menor de vehículos usados en el tráfico. Sin embargo, no es clara la relación entre nivel de desarrollo y la mortalidad específica en Sudamérica, al menos según la información aportada por el informe mundial sobre seguridad vial de 2009 (Cuadro 3.6) (14).

La mayoría de gobiernos ha establecido leyes y mecanismos que buscan reducir riesgos y mejorar la

seguridad vial, con restricción de alcohol, requerimientos más estrictos a los vehículos en circulación, reglamentos de tránsito. Junto a ello, también han sido importantes las campañas de promoción y educación.

En 2007 (o último año disponible) se estimaba que en Sudamérica existían 67,6 millones de vehículos y se producían aproximadamente 79,5 mil muertes anuales por accidentes de tránsito (Cuadro 3.6).

Figura 3.2. Mortalidad por accidentes de tránsito terrestre en países de Sudamérica, 2007 a 2009



Nota: Bolivia sin información.

Fuente: OPS (2011) Folleto IBS 2011

Un quinto de las defunciones ocurría en conductores o pasajeros de vehículos de 4 ruedas (21,3%), casi un tercio en peatones (32,4%) y 15,9% en vehículos de 2 a 3 ruedas. La muerte de ciclistas, aunque representaba una proporción relativamente pequeña (4,4%), significó alrededor de 3,5 mil muertes anuales (14). Entre 2007 y 2009, la tasa de mortalidad anual

por accidentes de tránsito terrestre en países de Sudamérica fue de 20,1 muertes por 100.000 habitantes, con un rango a nivel de países que fluctúa entre 28,7 y 8,8 muertes por 100.000 habitantes (Paraguay y Perú, respectivamente) (Figura 3.2) (15).

Violencia

En Sudamérica, hay condiciones de conflicto y violencia que tienen efectos tanto directos como indirectos sobre la salud y el bienestar. Hay situaciones de larga data, como la guerrilla aún no resuelta en Colombia, o situaciones imprevistas de tensiones y conflictos políticos, militares y sociales que reducen o arriesgan la seguridad humana, generan situación de paz inestable y comprometen de preferencia a los grupos más vulnerables de la población civil, especialmente a los desplazados, migrantes, y a las poblaciones viviendo bajo situación de conflicto (10,13). Las libertades y derechos de las personas pueden verse bastante limitadas y los estados no siempre pueden resguardar la paz y apoyar la recuperación de las secuelas de los conflictos (13).

Los conflictos y situaciones de violencia, aguda o prolongada, reducen la confianza entre las comunidades y sus autoridades y dificultan que los ciudadanos puedan ejercer sus derechos humanos y libertades básicas. Los Estados, con el apoyo de organismos internacionales incluyendo las agencias de Naciones Unidas, contribuyen a la prevención y recuperación de conflictos, así como a la búsqueda de reconciliación y estabilidad democrática, junto al resguardo de seguridad pública y el acceso a servicios básicos como los de salud (13).

Cuadro 3.7. Mortalidad por suicidio y homicidio en países de Sudamérica, 2007 a 2009

	Suicidio *100 mil hab.	Homicidio	
		en hombres *100 mil hab.	Razón hombres/mujeres
Argentina	7,5	7,6	5,6
Bolivia	...	...	...
Brasil	5,6	53,8	10,5
Chile	11,5	8,5	7,2
Colombia	7,0	104,2	13,3
Ecuador	8,6	36,7	9,6
Guyana	24,3	26,5	4,2
Paraguay	6,5	28,1	9,3
Perú	1,7	5,0	5,5
Suriname	25,7	8,4	2,8
Uruguay	16,2	7,4	3,7
Venezuela	3,6	60,2	16,3
Sudamérica	6,1	48,2	10,1

Nota: Bolivia sin información.

Fuente: OPS (2011) Folleto IBS 2011.

Para el período 2007 a 2009, se estimó que se produjo alrededor de 191 mil homicidios anuales en hombres, con una tasa de 48,2 muertes por 100.000 habitantes, y alrededor de 24 mil suicidios anuales, con una tasa de 10,1 muertes por 100.000 habitantes. Los homicidios son 10 veces más frecuentes en hombres que en mujeres (Cuadro 3.7) (15). En relación al prolongado problema de conflicto y violencia en Colombia, la tasa de homicidios en hombres es más del doble que el nivel regional (14,2 por 100 mil habitantes), predominantemente en hombres (13 veces más que en mujeres). La violencia también es un importante problema de salud pública en Suriname y Guyana, en donde los homicidios provocan anualmente 25,7 y 24,3 muertes por 100.000 habitantes, respectivamente.

Seguridad alimentaria y nutricional

Los grupos de menores ingresos son más vulnerables a las limitaciones alimentarias y nutricionales endémicas, y a sufrir las consecuencias de eventuales crisis alimentarias. Entre los factores de pérdida de seguridad alimentaria destacan las emergencias climáticas, los conflictos prolongados y las crisis de tipo económico. En esos casos, se tiende a producir carestía, mayor precio y menor consumo de alimentos (y con menor valor nutritivo), repercutiendo en la salud y nutrición.

Ello puede ocurrir en períodos de crisis económica y secundariamente alimentaria. A este riesgo estuvieron expuestos los países de Sudamérica entre 2008 y 2009, por la crisis financiera internacional (13,16).

En el quinquenio 2006-2010, destaca a nivel de país (10):

- A principios de 2011 **Argentina** fue declarada libre de fiebre aftosa con vacunación, de la enfermedad de Newcastle y de la influenza aviar.
- En 2011, 15 Unidades Federadas (incluso el Distrito Federal) de **Brasil** siguen consideradas libres de fiebre aftosa con vacunación; además del Estado de Santa Catarina que es considerado libre de fiebre aftosa sin vacunación.
- En 2010, en **Ecuador** se registró 30,7 casos de intoxicación alimentaria por 100 000 habitantes, y las tasas de enfermedades diarreicas agudas fueron de 4,9 por 100 habitantes.
- **Paraguay**, con su alto nivel de producción de alimentos, tiene riesgos debidos a cambios en los sistemas de producción agrícola, con riesgo para la seguridad alimentaria.
- En **Guyana**, la capacidad de las familias para adquirir alimentos está limitada por la inflación y repercusiones de la escasez mundial de alimentos y cambio climático, aumentando la inseguridad alimentaria y nutricional.

- En **Suriname**, destaca la inspección periódica de producción y venta de alimentos y uso seguro de plaguicidas. Las enfermedades transmisibles por alimentos (ETA) tienen baja incidencia (alrededor de 400 casos anuales).
- En **Venezuela** se ha implementado la Red Mercal para lograr cobertura, conformación y mantenimiento de las reservas estratégicas de alimentos, beneficiando a alrededor de 9,4 millones de venezolanos en 2009. Con este mecanismo, se distribuyeron 627.761 toneladas de productos alimenticios a través de 16.626 puntos de ventas de la red comercial a nivel nacional (10).

Seguridad laboral

Las condiciones de riesgo y daño en salud relacionadas con el empleo son muy disímiles en Sudamérica, dado el gran rango de variaciones en los tipos de ambiente laboral (desde empresas protegidas hasta subempleo o empleo de alto riesgo, como en la pequeña minería no controlada). También hay desigualdad en el resguardo de los derechos de los trabajadores y su seguridad laboral (protección, seguridad laboral, prevención de accidentes y enfermedades profesionales) (18).

Los sistemas de protección social y los seguros comprometidos en el desempeño de riesgo laboral de las empresas mejor organizadas, llevan a que se busque prevenir al máximo las enfermedades profesionales y accidentes laborales. Entre las industrias de mayor riesgo laboral destacan la minería, agricultura y construcción. Las empresas más pequeñas (entre 6 y 20 trabajadores) son las que tienden a tener mayor accidentabilidad y enfermedades relacionadas con el lugar de trabajo. Además, en países y áreas de menor desarrollo, los trabajadores tienden a trabajar más horas y con mayor exposición a riesgos (18).

Hay limitaciones para conocer más adecuadamente lo que sucede con los trabajadores, dada la gran proporción de empleo informal en algunos países y áreas geográficas, la falta de protección social al trabajador y de seguros laborales, y el gran desplazamiento hacia lugares urbanos e incluso internacional. Las estadísticas nacionales en general se basan en información aportada por empresas formales que cuentan con sistemas de protección y social y servicios preventivos y médicos laborales.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud (2007) *Agenda de Salud en las Américas 2008-2017*. OPS/OMS: WDC, Disponible en www.paho.org
2. Organización Panamericana de la Salud (2007) *Salud en las Américas 2007*. OPS/OMS: WDC, Disponible en www.paho.org
3. Organización Mundial de la Salud (2008) *Reglamento Sanitario Internacional 2005. Segunda edición* OMS: Ginebra, Disponible en www.who.int
4. Rozas P (2011) *Universalización del acceso a los servicios de agua potable y saneamiento: problemas de un desafío pendiente*, Documento presentado a Foro sobre universalización de ARCE en Brasil, 21 de junio de 2011 CEPAL-ONU, Santiago, 2011, Disponible en www.eclac.org.
5. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2012), CEPALSTATS, Base de Datos interactiva de Estadísticas de América Latina y el Caribe, Disponible en <http://websie.eclac.cl/sisgen/ConsultaIntegrada.asp>, Acceso en junio de 2012, Disponible en www.eclac.org
6. Simioni D (2003) *Contaminación atmosférica y conciencia ciudadana*, CEPAL: Santiago, Disponible en www.eclac.org
7. Organización Mundial de la Salud (2011) *Urban outdoor air pollution database*. August 2011 WHO: Geneva Disponible en www.who.int
8. Chile, Comisión Nacional del Ambiente (2007) *Reglamento que fija el procedimiento y etapas para establecer planes de prevención y descontaminación*, D.S. N° 94/95 del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, Ministerio SGP: Santiago
9. Tello P., Martínez E., Daza D., Soulier M. y Terraza H. (2010), *Informe de la evaluación del manejo de residuos urbanos en América Latina y el Caribe 2010* BID: Washington DC.
10. Organización Panamericana de la Salud (2012) *Salud en las Américas 2012, Informes de país*, OPS: WDC
11. Martín, R.M. (2008), FAO, División de Economía y Políticas Forestales, Departamento Forestal "Deforestación, cambio de uso de la tierra y REDD" FAO: Roma
12. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2011) *Panorama Social de América Latina*

2011. CEPAL: Santiago, Disponible en www.eclac.org
13. Naciones Unidas (2010) *Seguridad Humana, Informe del Secretario General A/64/701*. NU, Ginebra: marzo de 2010
 14. Organización Mundial de la Salud (2009) *Informe sobre la situación mundial de la seguridad vial. Es hora de pasar a la acción*, OMS: Ginebra, Disponible en www.who.int
 15. Organización Panamericana de la Salud (2011) *Situación de Salud en las Américas. Indicadores Básicos 2011*, OPS: WDC, Disponible en www.paho.org
 16. Torres R (2009) *Crisis financiera global: implicancias para el sistema de salud*. Presentación en Reunión Subregional Gerentes OPS, Asunción, 10 de febrero de 2009
 17. Naciones Unidas y CEPAL (2009) *La actual crisis financiera internacional y sus efectos en América Latina y el Caribe*. CEPAL: Santiago, Disponible en www.eclac.org
 18. Fontes R., (2001) *Seguridad y salud en el trabajo en América Latina y el Caribe: Análisis, temas y recomendaciones de políticas*. BID: WDC
 19. Intergovernmental Panel on Climate Change. *Climate change 2007: synthesis report* [Internet]. 27.ª Sesión del Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático; del 12 al 17 de noviembre del 2007; Valencia, España. Ginebra: IPCC; 2007 [consultado el 26 de julio del 2012]. Se puede encontrar en: http://www.ipcc.ch/pdf/assessment-report/ar4/syr/ar4_syr.pdf.
 20. Organización Panamericana de la Salud. *Cambio climático y salud humana: riesgos y respuestas. Resumen actualizado 2008* [Internet]. Washington (DC): OPS; 2008 [consultado el 26 de julio del 2012]. Se puede encontrar en: <http://www.paho.org/spanish/dd/pin/climatechangeSPANISH.pdf>
 21. Organización Panamericana de la Salud. *Estrategia y Plan de Acción sobre el Cambio Climático* [Internet]. Washington (DC): OPS; 2011 [consultado el 26 de julio del 2012]. Se puede encontrar en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=14482&Itemid=

4. CONDICIONES DE SALUD Y SUS TENDENCIAS

Como síntesis de los aspectos relevantes de las condiciones de salud y sus tendencias en Sudamérica en los distintos grupos de la población y países, en este capítulo se presenta información sobre la mortalidad, sus principales causas y tendencias, la morbilidad, la discapacidad y los factores de riesgo de mayor importancia en salud pública.

En el avance logrado en salud en las últimas décadas, destaca el mejoramiento de la salud materno-infantil, la reducción de enfermedades transmisibles afectas a control, una mejor nutrición, y una mayor sobrevivencia de la población. Sin embargo, permanecen algunas condiciones de salud que aún constituyen problemas de salud pública, destacando la mayor prevalencia de los factores de riesgo, morbilidad y mortalidad de las enfermedades crónicas no transmisibles, accidentes y violencias, problemas de salud mental y las complicaciones de salud relacionadas con un ambiente no saludable y falta de seguridad humana. Hay avances que representan una agenda cumplida, mientras que otros reflejan aspectos inconclusos o pendientes de las agendas de salud, como es el caso de los eventos y muertes prevenibles y prematuras, las enfermedades desatendidas y las desigualdades evitables en salud (especialmente aquellas asociadas con desigualdades sociales y pobreza), en detrimento de la salud de los grupos más desprotegidos y vulnerables.

Condiciones de salud en grupos de la población

Diversos grupos de población tienen particularidades y vulnerabilidad en sus condiciones de salud, ya sea por edad (niñez, adolescencia, adulto y adulto mayor), condición y riesgos reproductivos, o por condición social, étnica, laboral o de discapacidad.

Salud materna y reproductiva

La mortalidad materna y neonatal se ha reducido en forma considerable en la mayoría de países, de Sudamérica. Sin embargo aún quedan países (y en áreas pobres, marginadas y vulnerables al interior de ellos) en los que se ha progresado poco, y por tanto la tarea de prevenir y reducir la mortalidad materna e infantil continúa siendo una agenda muy relevante e inconclusa.

Cuadro 4.1 Indicadores seleccionados de salud reproductiva en países de Sudamérica, 2010*

País	Población 2010 (millones)	Mujeres de 15-49 a. (millones)	Tasa G. de Fecundidad (hijos/mujer)	Nacidos Vivos (miles)	Natalidad Nacimientos *1,000 hab.	Mortalidad materna	
						Muertes ** (n)	Razón (100 mil NV)
Argentina	40,7	10,2	2,2	692,0	16,9	381	55,0
Bolivia	10,0	2,5	3,3	265,3	26,1	607	229,0
Brazil	195,4	54,0	1,9	3005,4	15,2	2173	72,3
Chile	17,1	4,6	1,8	245,4	14,2	42	16,6
Colombia	46,3	12,6	2,3	906,2	19,2	685	75,6
Ecuador	13,8	3,5	2,4	297,1	20,2	286	96,3
Guyana	0,8	0,2	2,2	13,4	17,7	14	106,0
Paraguay	6,5	1,6	2,9	158,4	23,9	198	125,3
Peru	29,5	7,9	2,4	588,6	19,9	547	93,0
Suriname	0,5	0,1	2,3	9,6	18,0	7	72,0
Uruguay	3,4	0,8	2,1	49,5	14,6	5	11,1
Venezuela	29,0	7,7	2,4	597,2	20,2	376	62,9
Sudamérica	393,0	105,8	2,1	6827,9	17,1	5321	74,6

Nota: (*) o último año disponible; (**) Aproximación a muertes estimadas según proyección internacional de razón de mortalidad materna en 2008 o último año disponible.

Fuente: OPS (2012) Generador de tablas de IBS de OPS, Acceso el 30 de abril de 2012 y OPS (2010) Folleto de IBS 2010; y OPS (2011), Folleto IBS 2011 (1-3).

Cuadro 4.2. Evolución de la mortalidad materna en Sudamérica desde 1990 y reducción esperada según el Objetivo de Desarrollo del Milenio 5 para 2015

País	Muertes maternas por 100,000 NV				Reducción (%) desde 1990		
	1990	2000	2009 *	2015 **	2000	2009	2015 **
Argentina	100	35	55	25	65	45	75
Bolivia	650	230	229	163	65	65	75
Brasil	220	90	72	55	59	67	75
Chile	40	19	17	10	53	59	75
Colombia	100	105	76	25	-5	24	75
Ecuador	150	97	96	38	35	36	75
Guyana	470	133	106	118	72	77	75
Paraguay	160	164	125	40	-2	22	75
Perú	280	185	93	70	34	67	75
Suriname	72	72	72	18	0	0	75
Uruguay	85	11	11	21	87	87	75
Venezuela	120	60	63	30	50	48	75
Sudamérica	188	92	75	47	51	60	75

Nota: (*) o último año disponible; (**) Reducción esperada de tres cuartos, respecto al nivel existente en 1990.

Fuente: CEPALSTATS, Acceso el 30 de abril de 2012; Generador de tablas de IBS de OPS, Acceso el 30 de abril de 2012; y Folletos IBS 2010 y 2011 (1,2,4).

En el año 2010, 105,8 millones de mujeres en Sudamérica eran consideradas en edad fértil (entre 15 y 49 años de edad), produciendo 6,8 millones de nacidos vivos (cuadro 4.1) (1-3). La tasa global de fecundidad fue de 2,1 hijos por mujer, fluctuando entre 2,9 en Paraguay, 1,9 en Brasil y 1,8 en Chile.

En 2008, se registró 5.321 muertes por causas obstétricas, lo que significa 74,6 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, con un amplio rango entre países (229 y 11 defunciones por 100.000 nacidos vivos en Bolivia y Uruguay, respectivamente). Cabe considerar que hay frecuentes limitaciones para tener estimaciones nacionales de muertes maternas, por limitaciones de registro.

Por ello, la mortalidad materna pudiese ser mayor a la estimada oficialmente en los países, como plantea el grupo interagencial donde participa OMS (2). Bolivia es un país prioritario en la agenda internacional de reducción de mortalidad materna, debido a su alto nivel. Brasil es también un país prioritario, aunque su nivel de mortalidad materna es similar al del nivel de Sudamérica, dado que es un país donde se producen cerca de tres millones de nacidos vivos al año, y tiene una gran cantidad de defunciones maternas anuales (alrededor de dos mil muertes, que representan 44,0% del total de Sudamérica) (1,3).

Aunque la mortalidad y la morbilidad maternas afectan a las mujeres de todos los estratos sociales y económicos, destaca que en los sectores más pobres y vulnerables tiende a morir, en forma evitable, una cantidad desproporcionadamente alta de mujeres en que destacan las adolescentes, pobres y analfabetas, quienes en su mayoría residen en zonas rurales, con falta de atención obstétrica básica y con mayor riesgo de morir en el parto. La mortalidad materna representa la punta de un iceberg del conjunto de complicaciones por embarazo, parto y puerperio, y se usa como un indicador básico de salud materna, aunque sólo representa el daño máximo (la muerte).

En el cuadro 4.2 se indica la evolución de la mortalidad materna en los países de Sudamérica desde 1990 hasta 2009 y la reducción esperada según el Objetivo de Desarrollo del Milenio 5 para 2015. Se espera que en 2015 haya una reducción de 75% respecto al nivel existente en 1990. Sin embargo hasta 2009, sólo se había logrado una reducción de 60%. Mientras que el nivel de Uruguay y Guyana ya había superado la meta para 2015 (reducción de 87% y 77% respectivamente), probablemente ella no se logre en el resto de países, debido al limitado nivel de reducción logrado desde 1990 (4).

Cuadro 4.3. Nivel y causas principales de mortalidad materna en países de Sudamérica con distinta cobertura asistencial, 2007

Países	Cobertura asistencial %	Mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)		
		16-49	50-100	> 100
Argentina, Chile, Uruguay	Anticonceptivos 75% - 80% Prenatal 80%-100% Parto 80%-100%	Aborto Preeclampsia y eclampsia Hemorragia		
Brasil, Colombia, Ecuador, Venezuela	Anticonceptivos 40% - 70% Prenatal 65%-95% Parto 67%-98%		Preeclampsia y eclampsia Hemorragia Aborto	
Bolivia, Paraguay Perú	Anticonceptivos 28% - 60% Prenatal 50%-85% Parto 30%-85%			Hemorragia Preeclampsia y eclampsia Parto obstruido

Fuente: Schwarcz & Fescina, Updated in 2007: Maternal Mortality in Latin America and the Caribbean. Schwarcz & Fescina, The Lancet 356. December 2000 (5).

El nivel y causas principales de mortalidad materna en los países de Suramérica tienden a ser distintos según el nivel económico del país y la cobertura asistencial lograda (cuadro 4.3). Los países con mayor grado de desarrollo económico (Argentina, Chile y Uruguay) tienen alto nivel de cobertura asistencial y menor mortalidad materna, incluyendo causas evitables como aborto (considerado ilegal, predisponiendo al

aborto inseguro) problemas hipertensivos del embarazo y hemorragia. En el grupo de países de menor ingreso (Bolivia, Paraguay y Perú), se cuenta con acceso limitado a la atención de salud con personal calificado en la atención prenatal y del parto, la mortalidad materna es de mayor nivel y sus principales causas son altamente evitables, como el parto obstruido (5).

Cuadro 4.4 Muertes de menores de 5 años proyectadas según las tasas seleccionadas de mortalidad infantil y de menores de 5 años en Sudamérica, año 2009 o último año disponible

País	Nacidos Vivos (miles)	Muertes infantiles		Muertes menores 5 A		% Def x EDA (< 5 A)		% Def x IRA (< 5 A)	
		n (miles)	Tasa * 1000 NV	n (miles)	Tasa * 1000 NV	n (miles)	%	n (miles)	%
Argentina	692	8,4	12,1	9,5	13,8	0,1	1,2	0,5	5,5
Bolivia	265	13,3	50	14,4	54,2	...	...	...	...
Brazil	3005	57,4	19,1	58,3	19,4	1,5	2,5	3,1	5,4
Chile	245	1,9	7,9	2,2	8,8	0,0	0,4	0,1	4,2
Colombia	906	18,7	20,6	17,3	19,1	0,5	2,7	1,2	6,9
Ecuador	297	4,9	16,4	6,0	20,1	0,2	3,7	0,8	12,7
Guyana	13	0,3	22	0,4	30,4	0,0	6,1	0,0	4,2
Paraguay	158	2,7	16,9	3,9	24,6	0,2	3,9	0,3	6,7
Peru	589	11,8	20	11,3	19,2	0,3	3,0	1,4	12,2
Suriname	10	0,2	20,3	0,3	30,5	0,0	1,8	0,0	4,4
Uruguay	49	0,4	7,7	0,5	10,8	0,0	1,6	0,0	7,0
Venezuela	597	9,4	15,8	10,9	18,3	0,7	6,1	0,7	6,2
Sudamérica	6828	129,3	18,5	131,0	19,2	3,5	2,6	8,1	5,8

Nota: EDA: enfermedad diarreica aguda; IRA: infección respiratoria aguda.

Las cifras pudiesen estar subestimadas, por subregistro y limitaciones de producción estadística de la información.

Fuente: CEPAL (2012) OPS (2011) (2,4).

Salud de la niñez

En 2009, nacieron 6,8 millones de niños en Sudamérica, 129 mil de los cuales murieron en el primer año de vida. Las 57 mil muertes infantiles producidas en Brasil -cuya tasa es sólo ligeramente superior al nivel regional - se producen en un gran volumen de nacidos vivos anuales, mientras que las 13 mil defunciones infantiles estimadas en Bolivia se relacionan más bien con la alta tasa de mortalidad infantil (1,7 veces superior al nivel regional). (Cuadro 4.4). (2,4)

La mortalidad de los menores de 5 años se produce esencialmente en el primer año de vida. En 2009, se produjeron 131 mil defunciones anuales de menores de 5 años en Sudamérica, lo que es levemente superior a las defunciones infantiles (129 mil), pues sólo 1,7 mil niños murieron entre los 1 y 4 años de edad. Sin embargo, la mortalidad de menores de 5 años en Surinam es un tercio mayor que la infantil y en Paraguay es un cuarto mayor, reflejando una mayor importancia de mortalidad en el grupo de 1 a 4 años en esos dos países (período en que la mortalidad de la niñez es altamente evitable y es influida por determinantes sociales de salud). (2,4)

En 2009, hubo 78 mil defunciones neonatales en Sudamérica, que representan el 60% de la mortalidad infantil, con aproximadamente 11,4 muertes por 1.000 nacidos vivos. No hay datos actualizados de Sudamérica de muertes neonatales, pero se puede tomar como referencia las principales causas de muerte conocidas alrededor de 2002 a 2003 en América Latina y el Caribe: la prematuridad causaba alrededor del 28% de las muertes, la infección severa el 26%, la asfixia al nacer un 23%, y las anomalías congénitas el 8%. (6). Aproximadamente 8,7% de los recién nacidos en

América Latina y el Caribe sufren bajo peso al nacer (menos de 2.500 grs. al momento del nacimiento), lo que influye en la mayor morbilidad y muertes neonatales (6).

En 1990, la mortalidad infantil en Sudamérica era de 41 muertes por 1.000 NV (fluctuando entre 89 y 16 muertes por 1.000 NV en Bolivia y Chile, respectivamente). Según la meta 4 de Objetivos del Milenio, se espera una reducción de 67% para 2015, pero sólo se había reducido 55% hasta 2010 (cuadro 4.5). En Perú y Guyana, esa meta prácticamente se había logrado (66% en ambos), mientras que la reducción en Uruguay y Ecuador eran cercanas (62% en ambos). La reducción de mortalidad infantil ha tenido mayor limitación en Venezuela y Suriname (41% y 42% respectivamente) (1-4).

En 1990, la mortalidad de menores de 5 años en Sudamérica fue de 51 muertes por 1.000 NV (fluctuando entre 125 y 21 muertes por 1.000 NV en Bolivia y Chile, respectivamente). Según la meta 4 de Objetivos del Milenio, se espera una reducción de 67% para 2015, y ya se había reducido 62% en Sudamérica el año 2010. Ese año, la meta ya había sido igualada o sobrepasada en Guyana, Perú, Ecuador, y Brasil (cuadro 4.6). La reducción había sido más limitada en Surinam y Paraguay (36% y 40% respectivamente). La positiva evolución lograda en reducción de mortalidad de la niñez, en la mayoría de países, más notoria que lo logrado específicamente en el primer año de vida, sugiere un mejoramiento del nivel de salud en el grupo de 1 a 4 años, asociado a mejoría en factores determinantes incluyendo, entre otros, nutrición, saneamiento, ingresos, educación materna e inmunización, así como por una más efectiva y accesible atención primaria de salud (1-4).

Cuadro 4.5. Evolución de la mortalidad infantil en Sudamérica desde 1990 y reducción esperada según el Objetivo de Desarrollo del Milenio 4 para 2015

País	Muertes por 1,000 NV				Reducción (%) desde 1990		
	1990	2000	2010 *	2015 **	2000	2010	2015 **
Argentina	25	18	12	8	30	52	67
Bolivia	89	60	50	29	33	44	67
Brasil	48	31	19	16	35	60	67
Chile	16	9	8	5	43	51	67
Colombia	26	23	21	9	13	21	67
Ecuador	43	27	16	14	38	62	67
Guyana	64	37	22	21	42	66	67
Paraguay	33	29	17	11	12	49	67
Perú	58	31	20	19	47	66	67
Suriname	35	35	20	12	1	42	67
Uruguay	20	15	8	7	26	62	67
Venezuela	27	21	16	9	22	41	67
Sudamérica	41	27	18	14	33	55	67

Nota: (*) o último año disponible; (**) Reducción esperada de dos tercios, respecto al nivel existente en 1990.

Fuente: Datos de 1990 y 2000: CEPALSTATS, Acceso el 30 de abril de 2012; Datos de 2010: IBS de OPS 2010 y 2011; Datos de 2015: Proyección de línea de base 1990.

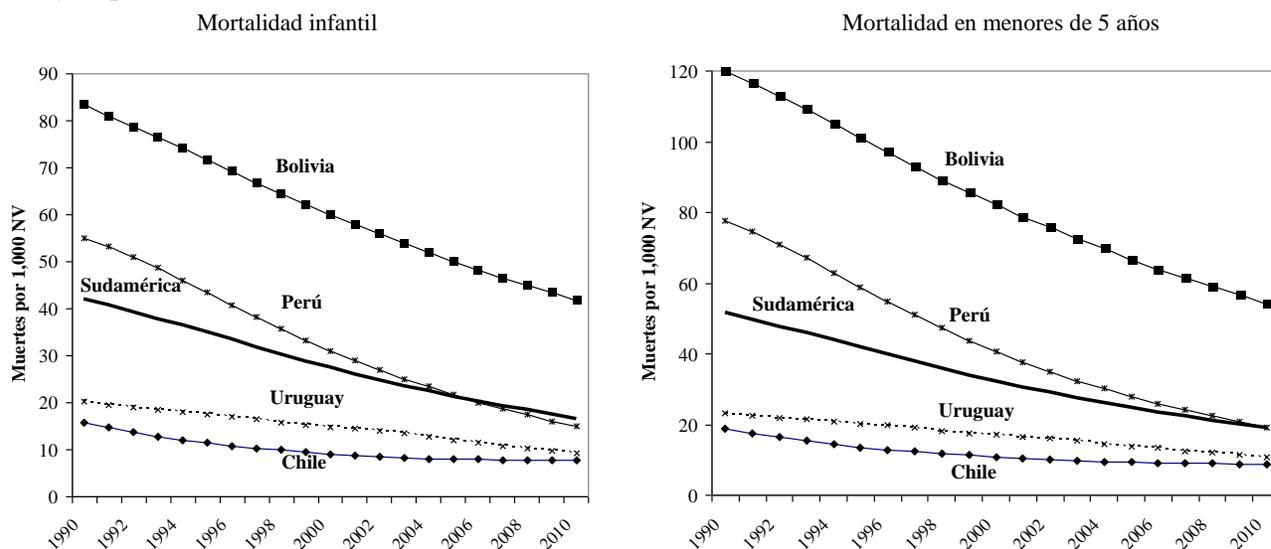
Cuadro 4.6. Evolución de la mortalidad de menores de 5 años en Sudamérica desde 1990 y reducción esperada según el Objetivo de Desarrollo del Milenio 4 para 2015

País	Muertes por 1,000 NV				Reducción (%) desde 1990		
	1990	2000	2010 *	2015 **	2000	2010	2015 **
Argentina	29	20	14	10	32	52	67
Bolivia	125	82	54	42	34	57	67
Brasil	57	36	19	19	37	66	67
Chile	21	11	9	7	49	58	67
Colombia	35	27	19	12	23	45	67
Ecuador	57	33	20	19	43	65	67
Guyana	88	47	30	29	47	65	67
Paraguay	41	35	25	14	14	40	67
Perú	78	41	19	26	48	75	67
Suriname	48	40	31	16	17	36	67
Uruguay	23	17	11	8	26	53	67
Venezuela	33	25	18	11	25	45	67
Sudamérica	51	32	19	17	37	62	67

Nota: (*) o último año disponible; (**) Reducción esperada de dos tercios, respecto al nivel existente en 1990.

Fuente: Datos de 1990 y 2000: CEPALSTATS, Acceso el 30 de abril de 2012; Datos de 2010: IBS de OPS 2010 y 2011; Datos de 2015: Proyección de línea de base 1990 (4).

Figura 4.1. Evolución de la mortalidad infantil y de menores de 5 años en Sudamérica 1990 a 2010, y en países con niveles extremos en 1990



Fuente: CEPAL (2012) CEPALSTATS, Revisado abril 2012 (4).

La figura 4.1 muestra la tendencia de la mortalidad infantil en Sudamérica en el período 1990 a 2010, y de los países con niveles extremos en 1990 (Bolivia y Perú tenían un mayor nivel, y Uruguay y Chile, un menor nivel) (4). En todos los países se ha producido una reducción, de forma más bien asintótica. En Perú, la mortalidad infantil se ha logrado reducir hasta llegar a ser inferior al nivel regional. Sin embargo y aunque en menor grado, se mantiene una brecha de mortalidad entre países que tienen niveles extremos de mortalidad. La mortalidad de los menores de 5 años ha tenido una tendencia similar (figura 4.2).

Salud del escolar (5-14 años)

La salud del grupo escolar (5 a 14 años de edad) destaca en que hay un mejor nivel de salud respecto a otras edades de la vida, reflejado entre otros indicadores, en que la mortalidad general de este grupo de edad es sólo de 0,4 defunciones por cada mil habitantes de esa edad, en un rango que fluctúa entre 0,2 en Chile a 0,7 en Perú (Cuadro 4.7) (3). Sin embargo, es posible encontrar problemas nutricionales, tanto por problemas de déficit (consecuencia de desnutrición crónica) o de exceso, con sobrepeso y obesidad (3).

Salud del adolescente (10 a 19 años)

La salud del adolescente en general es de relativo buen nivel, comparado con edades posteriores.

Destacan como problemas de salud pública los factores de riesgo de accidentes, uso de tabaco, alcohol y drogas, sexualidad no responsable con embarazos adolescentes; ello es mayor en grupos con menor nivel de educación y de mayor pobreza y vulnerabilidad social (3).

Cuadro 4.7. Mortalidad según grupo de edad en países de Sudamérica, circa 2006

País	Muertes por 1.000 hab. según grupo de edad			
	5-14 años	15-44 años	45-64 años	65+ años
Argentina	0,3	1,2	7,6	50,4
Bolivia	...	...	...	...
Brasil	0,4	2,3	9,0	47,5
Chile	0,2	1,0	5,1	41,2
Colombia	0,4	2,4	6,9	50,0
Ecuador	0,6	2,1	6,5	41,3
Guyana	0,6	3,1	10,4	43,1
Perú	0,7	1,6	7,3	47,3
Paraguay	0,5	1,2	7,5	57,7
Suriname	0,4	2,1	9,1	37,3
Uruguay	0,2	1,2	8,1	55,0
Venezuela	0,4	2,1	7,2	48,1
Sudamérica	0,4	2,0	8,0	48,5

Fuente: OPS (2012) Generador de Tablas IBS, Acceso junio 2012 (3).

Salud del adulto (15 a 64 años)

En 2006 (o último año disponible), la mortalidad general en el grupo de 15 a 44 años fue de 2,0 por mil

habitantes de esa edad, subiendo a 8,0 en el grupo de 45 a 64 años de edad. El menor nivel de mortalidad se registró en Chile con tasa de 1,0 y 5,1 por mil habitantes respectivamente, y el mayor nivel se registró en Guyana con 3,1 y 10,4 defunciones por mil habitantes respectivamente (Cuadro 4.7) (3). A mayor edad, hay aumento progresivo de la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles.

Salud del adulto mayor (65 y más años)

En 2006 (o último año disponible), la mortalidad general en el grupo de 65 años y más fue de 48,5 por mil habitantes de esa edad, fluctuando entre 57,7 y 37,3 defunciones por mil habitantes de 65 años y más, registrado en Paraguay y Suriname respectivamente (Cuadro 4.7) (3).

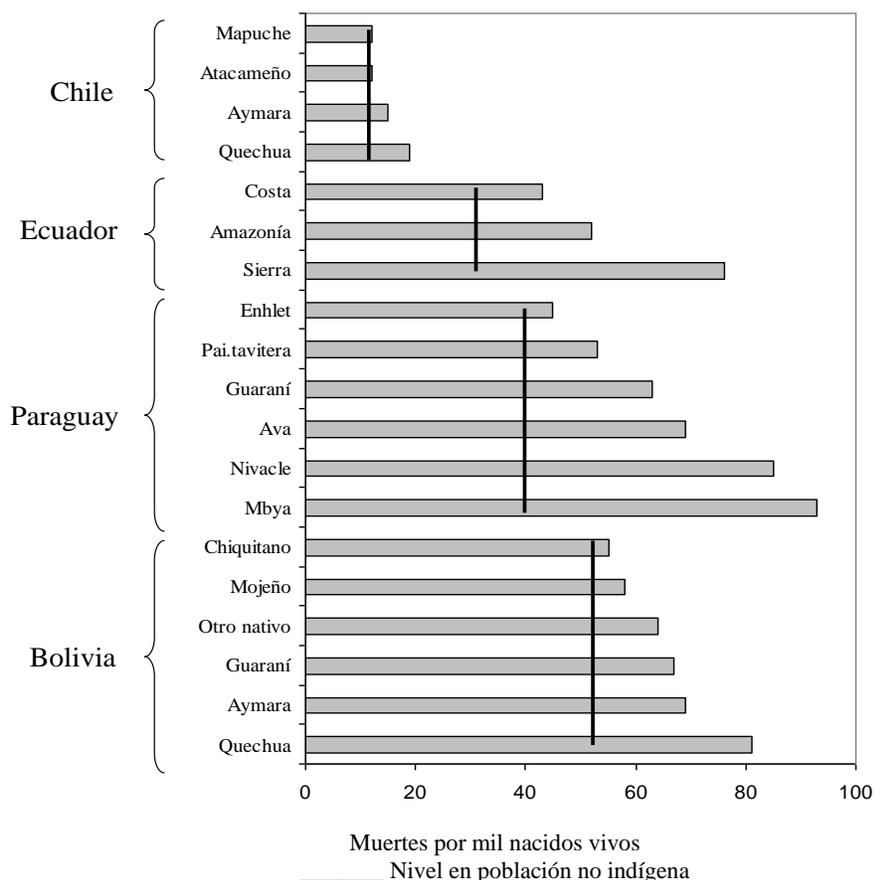
Salud de los trabajadores

La salud de los trabajadores tiene mayor apoyo y seguridad en países, regiones y fuentes laborales que

cuentan con mayor recurso, educación y mecanismos de prevención de riesgos ocupacionales. Por el contrario, los accidentes laborales y enfermedades profesionales minería, agricultura y construcción, y en las empresas más pequeñas. (7)

A pesar de su importancia, las fuentes oficiales disponibles no permiten contar con mayor información de los lugares de trabajo en que hay mayor informalidad y menos prevención de riesgos, ya que están menos afectos a estadísticas rutinarias y en general no hay seguros laborales involucrados, además que los expertos en prevención de riesgos y seguridad laboral (así como centros médicos de apoyo) tienden a concentrarse en empresas formales de cierta cuantía económica y productiva y que tienden a adscribirse a sistemas de seguros laborales públicos o privados (7).

Figura 4.2. Mortalidad infantil en pueblos nativos o territorios, en países seleccionados de Sudamérica, 2006



Fuente: CEPAL (2006) Panorama Social 2006 (LC/G.2326-P) (8).

Salud de los grupos originarios y afrodescendientes

Los grupos originarios y afrodescendientes tienden a tener mayor vulnerabilidad social, por distintos motivos entre los que destacan vida en sectores rurales o aislados, menor acceso a educación, empleo e ingresos formales, menores condiciones de saneamiento, vivienda y condiciones de vida con mayor riesgo de enfermedades transmisibles y menor acceso a medidas de protección en salud como inmunización y atención calificada del parto (8). Tienden a enfermar y morir más, especialmente de eventos evitables y en el caso de niños. Hay dificultades de acceso a los servicios de salud formales, por distancia, falta de centros, recursos o personal, así como por diferencias culturales. No se cuenta con información cuantitativa consolidada que sea representativa de la salud de grupos originarios y afrodescendientes en Sudamérica (8).

Como ejemplo de la vulnerabilidad sanitaria de los pueblos originarios, en la figura 4.2 se muestra el nivel de mortalidad infantil en pueblos nativos o territorios, en cuatro países seleccionados de Sudamérica, 2006; en todos ellos, la tasa de mortalidad es superior al nivel de la población no indígena, con mayor disparidad entre los propios grupos indígenas en Ecuador y Paraguay (8).

La vulnerabilidad social y sanitaria se acrecienta con la migración, especialmente hacia las grandes ciudades, pérdida de territorio y de identidad cultural indígena o afrodescendiente. Sin embargo, también hay grupos y pueblos originarios donde la calidad de vida y salud tiene aspectos saludables, y la cultura y estilo de vida relacionados con salud responde a la visión y equilibrio entre aspectos naturales y espirituales, entre individuo y comunidad (8). Además, no hay un modelo único intercultural de salud.

Salud de los discapacitados

En Latinoamérica, se estima que 85 millones de personas viven con alguna discapacidad, pero sólo 2% de los son apoyados en sus necesidades y en general, los sistemas de salud no tienen capacidad de abordar el tema en su debida dimensión y mínima capacidad de respuesta sectorial (9). A pesar de la importancia del problema, no se cuenta con mayor información

cuantitativa consolidada que sea representativa de la salud de los discapacitados en Sudamérica. El problema de discapacidad, que aumenta con la edad y en los grupos de población de mayor riesgo y vulnerabilidad social, requiere un enfoque de apoyo social global, incluyendo un abordaje multisectorial que trasciende con creces los esfuerzos posibles del sector salud.

Entre las causas de discapacidad destacan los problemas congénitos, enfermedades y limitaciones crónicas progresivas en el adulto mayor, tumores malignos, y accidentes, especialmente de tránsito. En países y áreas de menor desarrollo socioeconómico, además se presentan causas como secuelas de enfermedades infecciosas, de violencia, desnutrición o de complicaciones del embarazo o el parto. (9)

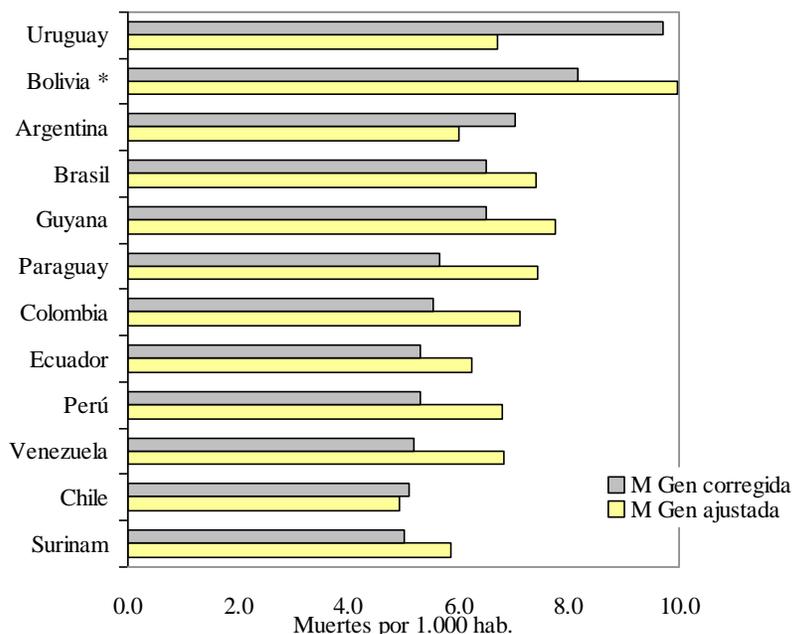
La falta de respuesta por parte de sector salud se debe, entre múltiples factores, a la falta de políticas y leyes específicas, la falta de investigación y conocimiento más preciso del tema, falta de recursos financieros y humanos para atender, paliar o apoyar la rehabilitación correspondiente.

Mortalidad y tendencias

En el período 2007 a 2009, la mortalidad general en Sudamérica fue de 6,8 defunciones anuales por mil habitantes. El mayor nivel de mortalidad estimada se registró en Uruguay (9,7 por mil habitantes), relacionado con la mayor proporción de adultos mayores en ese país. Al comparar tasas ajustadas de mortalidad, destaca que el país con mayor nivel es Bolivia (10,0 muertes por mil habitantes), relacionado con un mayor exceso de muertes evitables (Figura 4.3) (2) En otro extremo, Chile destaca por tener menores tasas estimadas y ajustadas (5,1 y 4,9 por mil habitantes, respectivamente).

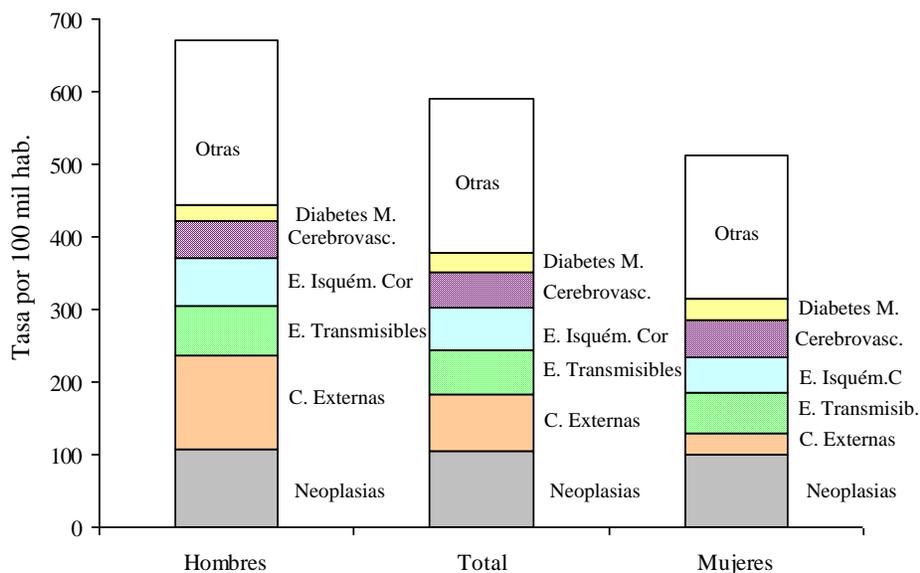
Los hombres tienen mayor tasa de mortalidad, destacando la mayor tasa de causas externas (figura 4.4). Países como Bolivia tienen la mayor tasa ajustada específica de enfermedades transmisibles y una menor tasa de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio (figura 4.5) (2).

Figura 4.3. Mortalidad general, corregida* y ajustada, en países de Sudamérica. Años 2007 a 2009**



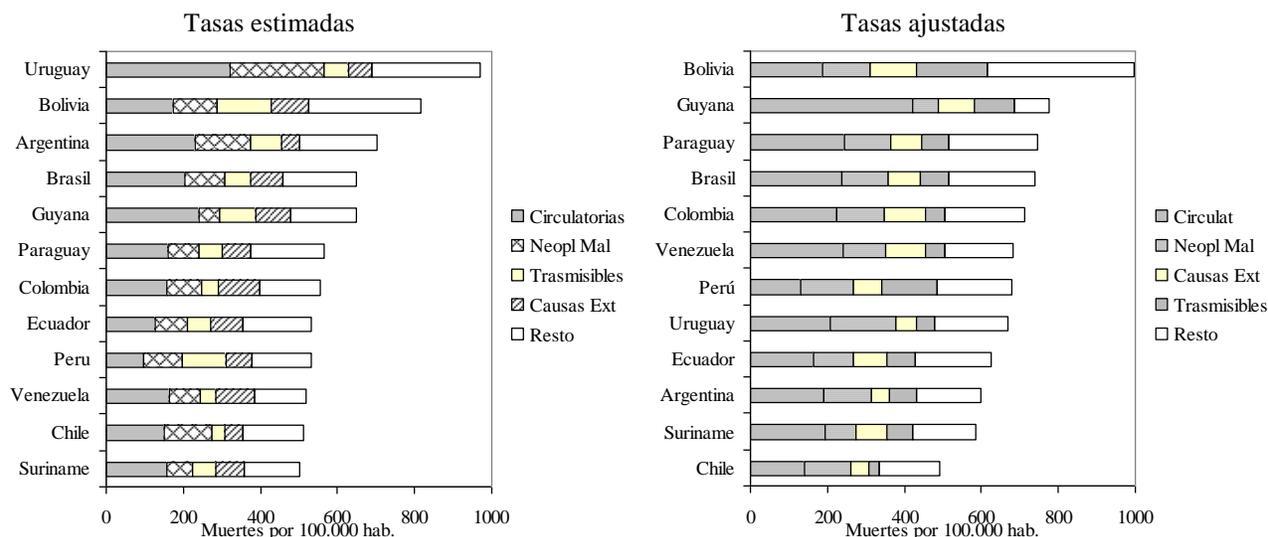
Nota: * Corregida: según estimación de subregistro nacional; ** Ajustada por edad y sexo. Bolivia: años 2002 a 2004, Fuente: OPS (2011) Indicadores Básicos de salud 2011 (2).

Figura 4.4. Principales causas de mortalidad en hombres y mujeres de Suramérica, período 2007 a 2009



Fuente: OPS (2011), Situación de Salud de las Américas. Indicadores Básicos 2011 (2).

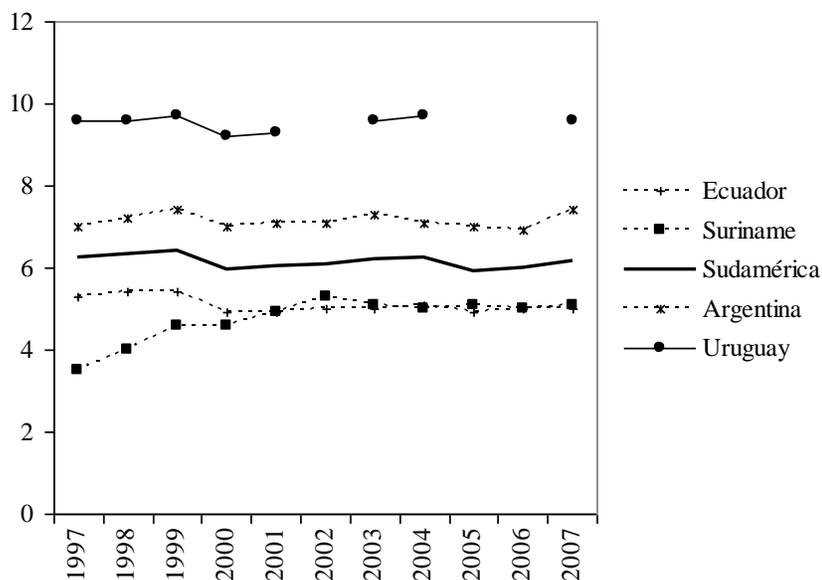
Figura 4.5. Principales causas de mortalidad en países de Suramérica, período 2007 a 2009



Nota: Última información disponible de Bolivia: 2000-2004

Fuente: OPS (2011), Situación de Salud de las Américas. Indicadores Básicos 2011 (2).

Figura 4.6. Evolución de la mortalidad general en Sudamérica, 1997 a 2007



Fuente: OPS (2012) Generador de tablas de IBS de las Américas. Acceso Junio 2012 (3).

La mortalidad general se ha mantenido relativamente estable en el período 1997 a 2007 (figura 4.6), ya que hay un proceso de envejecimiento paulatino de la población pero hay una reducción paulatina de la mortalidad en las causas específicas de mortalidad según grupo de edad (3). El mayor nivel de esta tendencia se encuentra en Uruguay y Argentina,

mientras que los niveles más bajos se mantienen en Ecuador y Suriname (con poblaciones más jóvenes). La mortalidad en este último país incluso sube entre 1997 y 2002. Probablemente también influya una mejoría en la cobertura de registro de defunciones en estos países, especialmente Suriname.

Morbilidad y tendencias

En la morbilidad más relevante como problema de salud pública en los países de Sudamérica, destacan los distintos tipos de enfermedades transmisibles y las enfermedades no transmisibles en que incluye las enfermedades crónicas, las neoplasias malignas, enfermedades de la nutrición, trastornos mentales y accidentes y violencia.

Enfermedades transmisibles

Las enfermedades transmisibles, especialmente aquellas que son posibles de reducir con adecuada prevención y control (y efectiva atención primaria), afectan de preferencia a millones de personas pobres y vulnerables en Sudamérica que tienen condiciones adversas de calidad de vida y de oportunidad de acceso

a la promoción, prevención y a la falta de acceso a la atención efectiva de salud. (6).

Las enfermedades emergentes y reemergentes se están convirtiendo en una amenaza creciente a la seguridad mundial en materia de salud, al originarse en brotes que se presentan en un país o región y que pueden diseminarse a otros. Algunos brotes de enfermedades emergentes o reemergentes (como gripe aviar) a nivel mundial han requerido de intervenciones internacionales en materia de salud pública, han dejado lecciones aprendidas con una creciente capacidad de vigilancia y respuesta en los diversos países y han ayudado a la más rápida aceptación y uso del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) (6).

Cuadro 4.8. Mortalidad por enfermedades trasmisibles en países de Sudamérica. Años 2007 a 2009

País	Defunciones por enf. trasmisibles por 100 mil hab					
	Total		Hombres		Mujeres	
	Corregida	Ajustada	Corregida	Ajustada	Corregida	Ajustada
Argentina	81,3	68,6	82,0	80,6	80,6	58,9
Bolivia	140,7	182,3	149,9	197,6	131,6	169,3
Brazil	66,1	74,8	73,1	86,3	59,5	64,5
Chile	30,8	29,8	32,0	34,3	29,6	25,6
Colombia	43,2	51,5	51,9	63,3	34,8	40,8
Ecuador	62,3	70,8	70,3	81,8	54,4	60,3
Guyana	92,2	103,8	106,6	120,9	77,1	85,9
Paraguay	58,7	72,0	64,4	80,1	53,5	64,4
Peru	114,7	145,5	126,0	165,5	103,6	126,9
Suriname	59,7	66,7	69,2	81,6	50,1	53,4
Uruguay	62,7	44,9	62,5	52,3	63,1	38,6
Venezuela	41,3	51,9	46,9	59,8	35,8	44,4
Sudamérica	66,8	75,3	73,4	87,0	60,6	64,9

Nota: * Corregida: según estimación de subregistro nacional; ** Ajustada por edad y sexo. Bolivia con datos 2002-2004 (último año disponible).

Fuente: OPS (2011) Folleto IBS 2011 (2).

En el período 2007 a 2009, la mortalidad por enfermedades trasmisibles en Sudamérica alcanzó a 66,8 muertes anuales por cada 100 mil habitantes, siendo mayor en hombres que en mujeres (73,4 y 60,6 respectivamente) (cuadro 4.8) (3). Es mayor en países con menor nivel socioeconómico, ruralidad y menor

saneamiento, como Bolivia y Perú, y es menor en Chile, Venezuela y Colombia.

a) Enfermedades transmitidas por vectores

En 2010, se registró 564 mil casos de *dengue* en Sudamérica, con 41.704 de ellos de tipo hemorrágico, con 221 muertes. El dengue es epidémico en Argentina:

En 2009 hubo un brote de dengue con 26.923 casos confirmados y 5 muertes. En 2009 hubo una epidemia de dengue en Bolivia, con 84.000 casos sospechosos, 7.421 confirmados y 25 defunciones (dos tercios en Departamento de Santa Cruz). En 2010, se notificaron 1 millón de casos en Brasil (se encuentra en todos los Estados), con 17.489 de ellos graves y 656 defunciones. En 2010, hubo 23 casos confirmados de dengue en la Isla de Pascua (3.500 Km. del territorio continental de Chile). En 2010 hubo una epidemia en

Colombia con 157.152 casos notificados y 6% graves (letalidad de 2,3%). El dengue es endémico y estacional en Ecuador, con pocos casos registrados en 2010. Se registró y 61.468 casos y 1 muerte en 2010 en Suriname, con. En 2010 se confirmó 13.559 casos en Paraguay. Se registró 13.031 casos de dengue en Perú en 2010. En 2007 hubo un brote epidémico en Venezuela y luego otro en 2010, con tasas 293,2 y de 433,1 por 100.000 habitantes, respectivamente (10).

Cuadro 4.9. Casos y riesgo de malaria en países de Sudamérica, 2010

País	Población en áreas de riesgo de malaria	IPA malárico	Casos
	%	* 1000 hab	miles
Argentina	0,0	0,0	0,1
Bolivia	12,8	10,7	13,8
Brazil	22,8	13,5	334,6
Chile	0,0	0,0	0,0
Colombia	14,5	17,3	117,5
Ecuador	3,1	2,6	1,9
Guyana	92,6	32,7	22,8
Paraguay	...	0,1	0,0
Peru	5,0	3,8	36,9
Suriname	14,9	6,9	0,5
Uruguay	0,0	0,0	0,0
Venezuela	23,4	5,4	35,8
Sudamérica	15,8	9,9	564,0

Fuente: OPS (2011) Folleto IBS 2011 (2).

En 2010, se reportaron 564 mil casos de *malaria*, la mayor parte registrados en Brasil y Colombia (cuadro 4.9)(2). El 15,8% de la población estaba en áreas de riesgo de malaria, destacando el muy alto nivel en Guyana (92,6%) (2,10). Los casos anuales de malaria en Argentina y Bolivia disminuyeron en el quinquenio 2006-2010, con 13.769 casos confirmados en 2010. En 2010, se registraron 335 mil casos en Brasil, existiendo elevada endemicidad en la Amazonía legal (más de 90% de casos se produce en esa región). La malaria se vincula principalmente a los cambios en las actividades económicas extractivas, que generan migraciones internas y asentamientos rurales transitorios. Se presentan ciclos epidémicos cada dos a siete años en Colombia, con 100 a 120 mil casos anuales. El número de casos anuales en Ecuador disminuyó de 8.957 en 2006 a 1.870 en 2010. Se registró 38.984 casos de malaria en Guyana en 2005 y 22.840 en el 2010. Entre 1990 y 2010, la tasa de incidencia de malaria (índice

parasitario anual) disminuyó de 0,79 a 0,004 en 2010 por 1.000 habitantes en Paraguay. Los casos anuales de malaria en Perú fueron 87.669 en 2005 y 36.886 en 2010. La zona costera de Suriname está actualmente libre de la malaria, pero se mantiene la transmisión en el interior. El índice parasitario anual (IPA) aumentó de 5,92 en 2006 a 8,30 En 2010, casi un cuarto de la población vivía en áreas de riesgo de malaria en Venezuela, con 35.828 casos anuales (2,10).

En 2008, hubo reemergencia de la *fiebre amarilla* selvática en Argentina, con 9 casos confirmados y un episodio en 2009, con dos defunciones. Los casos de fiebre amarilla se redujeron drásticamente en Bolivia. De 1990 a 2010 hubo 587 casos y 259 defunciones por fiebre amarilla en Brasil. No se han notificado nuevos casos en Ecuador desde 2002. En enero de 2008 se declaró un brote de fiebre amarilla en Paraguay, con 27 casos y 10 defunciones en cuatro zonas definidas. En Perú hay zonas enzoóticas de fiebre amarilla en la selva

amazónica, con brotes esporádicos. De los 63 casos notificados en 2010 se confirmaron 18 y hubo 14 defunciones. No se han notificado casos de fiebre amarilla en Suriname. Se confirmaron dos casos de fiebre amarilla en Venezuela en 2008 (10).

La enfermedad de **Chagas** en Argentina está en reducción, con 5 casos notificados en 2010. El Chagas es endémico en 168 municipios de Bolivia. El departamento de La Paz ha bajado el índice de infestación en domicilio es de 0,4 y alrededor del domicilio es 0,9% en 2010. Se estima que la prevalencia en Brasil es de 0,01%. Entre 2000 y 2010 se notificaron 1.007 casos de enfermedad de Chagas aguda, de los que 73% se transmitieron por vía oral. En Ecuador, la prevalencia de Chagas era 0,03% en 2010, afectando sobre todo a las provincias de Loja, El Oro, Manabí y Guayas, Orellana y Sucumbíos. No se conoce la prevalencia de Chagas en Guyana. A partir de 2008 se certificó la interrupción de la transmisión vectorial en la región orientada de Paraguay. La prevalencia de *Trypanosoma cruzi* en bancos de sangre de las áreas endémicas de Perú era de 0,8% y en Suriname era 0,12%. El índice de prevalencia en Venezuela fue de 4,31% en 2010 (10).

La **leishmaniasis** visceral es un fenómeno nuevo en el noreste de Argentina, con 21 casos notificados en 2010. En 2009 se notificaron 150 casos de la leishmaniasis cutánea, 64% de los cuales correspondieron al noroeste y 33% al noreste. En 2010, se notificó 1.810 casos de leishmaniasis cutánea y muco-cutánea en Bolivia (17,4 casos por 100.000 h.). La leishmaniasis visceral o Kala-azar se presenta en 21 estados de las cinco regiones de Brasil, principalmente en la periferia de los grandes centros urbanos. En 2010 se registraron 22.397 casos de leishmaniasis tegumentaria americana en el país. Hay 14.700 casos anuales notificados de leishmaniasis Colombia (la mayoría en personal militar destacado en las zonas boscosas de algunas zonas La leishmaniasis cutánea tiene una amplia distribución especialmente en las zonas rurales de Ecuador. Se notifican cerca de 1.500 casos anuales en Ecuador (hay subregistro en zonas rurales remotas). La leishmaniasis es común en las comunidades del interior de de Guyana (zonas de minería y explotación forestal). La leishmaniasis tegumentaria se presenta en lugares donde todavía existen bosques tropicales húmedos en Paraguay. En 2010 se registró 37 casos.

Anualmente se notifican alrededor de 8.000 casos de leishmaniasis en Perú, ampliamente distribuida en la sierra y en la selva. En 2010 se notificaron 7.689 casos, 95,0% de la forma cutánea. La leishmaniasis cutánea americana presentó en 2006-2009 un promedio de 2.400 casos anuales, y La leishmaniasis visceral registró un promedio 21 casos anuales en Venezuela (10).

b) Enfermedades prevenibles por vacunación

Entre 2006 y 2010, en la mayoría de países no se registraron casos de **sarampión** debidos a transmisión autóctona, y se considera en vías de eliminación. Últimos casos confirmados en Bolivia fueron en 2007, se mantienen casos y brotes en zonas indígenas de Ecuador. Se reportaron importados en Venezuela en 2007 y en Argentina en 2009 y 2010. La mayoría de países no registraron casos de **rubéola** entre 2006 y 2010, mientras que otros dejaron de registrar casos anuales antes de 2009, como Venezuela en 2007. Brasil notificó el último caso de rubéola en 2008. Argentina y Brasil reportaron el último caso de rubéola congénita en 2009. La aplicación de la estrategia de eliminación de la rubéola ayuda a consolidar la eliminación del **sarampión** en la Región. Entre 2006 y 2010, la cobertura nacional de la vacuna contra sarampión, rubéola y parotiditis era prácticamente universal en los distintos países. Todos los países han integrado la vigilancia de rubéola y de sarampión, aunque aún es necesario fortalecerla. Cabe notar que pudiese haber subregistro en áreas de limitada vigilancia en países y lugares con menos recursos asistenciales (10).

Los casos de **tétanos** se han reducido a partir del uso generalizado del toxoide tetánico, tanto en los niños como en las mujeres en edad fértil, vinculado a la prevención del **tétanos neonatal**. Se notifican casos esporádicos de tétanos en Chile, Bolivia, Uruguay. Se notifican alrededor de uno o dos casos anuales de tétanos neonatal en Bolivia, Paraguay, Venezuela, y un caso en Perú (2009) (10).

La tasa de notificación durante el quinquenio 2006-2010 las tasas de **hepatitis B** se mantuvieron estacionarias en Argentina, con 435 casos de Hepatitis no-A (B, C, otras) (tasa de 13,42 por 100.000 h.) en Uruguay.

Los casos anuales de **difteria** han disminuido en forma importante, como resultado del uso de programas ampliados de inmunización. Se registran casos aislados de difteria en Bolivia (2010) y Paraguay.

Entre 2006 y 2010, se registró la mantención de *tos ferina* ya sea estacionaria, como Argentina o Chile, o en brotes en grupos extremos de la vida (menores de 1 año y adultos mayores).

No se notifican casos de *poliomielitis* y no circula el poliovirus salvaje aunque se notifica hay baja proporción de parálisis flácida asociada a la vacuna, como en el caso de Bolivia (1,05 a 1,08 por 100.000 vacunados) (10).

La *pandemia de influenza A (H1N1)* de 2009 afectó a los países de Sudamérica, aunque con distinta cobertura de registros, se notificó que el virus A (H1N1) ocasionó por ejemplo 4.037 casos en Chile, 7.916 casos en Paraguay y 4.801 casos en 2009 en Colombia. La vacuna para enfrentar la pandemia de influenza A (H1N1) estuvo disponible en los países a principios de 2010.

Entre 2006 y 2010, la incidencia anual de *parotiditis* disminuyó en 40% en Argentina y se mantiene reportada con casos anuales en Chile y Perú. Entre 2007 y 2008 se registró un brote de parotiditis en Venezuela, con más de 125 mil casos (474 por 100.000 habitantes) pero en 2010, la tasa de parotiditis fue de 11,6 por 100.000 habitantes en ese país (10).

En el quinquenio 2006-2010, los países continuaron con la expansión de sus esquemas de vacunas y el fortalecimiento de los programas nacionales de inmunización, ya sea en forma regular o con campañas para lograr extensión de cobertura. Destacan los siguientes ejemplos de programas nacionales de inmunización (10):

- **Argentina:** En 2005 se agregó la vacuna contra la hepatitis A, a distintos grupos objetivos, alcanzando a 90,4% de los recién nacidos en 2009.
- **Bolivia:** Desde 2006, el número de vacunas del programa alcanza a 13. También se usa estacional contra la influenza y la influenza A (H1N1), y hubo experiencia piloto de la vacuna contra el virus del papiloma humano. Hubo una Campaña Nacional contra la fiebre amarilla (cobertura de 85,6%).
- **Brasil:** Tiene un amplio esquema en el programa nacional. En 2010 se introdujo la vacuna decavalente y la antineumocócica.
- **Colombia:** Tiene un amplio esquema en el programa nacional, pero en 2010, se registró una cobertura más baja en inmunizaciones (bajo 90%).
- **Ecuador:** Se incorporaron las vacunas contra la gripe estacional (2006), rotavirus (2007) y la antineumocócica (2010).

- **Guyana:** Se incorporó la vacuna contra rotavirus (2010) y antineumocócica (2011). La cobertura de las vacunaciones es alta, pero tiene limitaciones al interior del país
- **Paraguay:** Las vacunas contra el rotavirus (2010) y neumococo (2011) fueron incorporadas al esquema nacional de inmunización.
- **Perú:** Se expandió el esquema de vacunación del país, alcanzando a 16 vacunas. Se introdujeron las vacunas antineumocócica, contra el rotavirus, la influenza y la influenza pandémica. Se puso en marcha el Plan Acelerado Contra la Fiebre Amarilla (2007) y la vacunación contra la hepatitis B (2008), junto a diversas otras campañas de refuerzo y de extensión de coberturas, lográndose un alto nivel de cobertura en ellas.
- **Suriname:** Las vacunas contra la influenza estacional y la tipo A (H1N1) fueron incorporadas (2009 y 2010, respectivamente), y se aplica la vacunación contra hepatitis B en el personal de salud. La cobertura ha aumentado gradualmente, hasta superar 90%, pero todavía existen focos de cobertura baja de la vacunación, en particular en zonas rurales del interior y en algunas comunidades costeras.
- **Uruguay:** El programa de inmunizaciones, gratuito y obligatorio y con aumento del esquema de vacunas, ha logrado cobertura universal y a ser efectivo en reducción de incidencia de enfermedades inmuno prevenibles (10).

c) Zoonosis

En la situación relevante de zoonosis en los países, destaca (10):

- En 2008 se registró el último caso de rabia humana en **Argentina**, con 6 casos en animales en 2009. Se notificó un promedio anual de 384 casos de hidatidosis entre 2006 y 2009. La triquinosis presentó una tendencia creciente, con una tasa de 0,26 por 100.000 habitantes en 2006 y 1,6 por 100.000 habitantes en 2010.
- En los primeros 10 meses de 2011, se había registrado 205 casos de rabia canina en **Bolivia**. En 2010 se registraron 49 casos de leptospirosis.
- Entre 2006 y 2010, las zoonosis y las enfermedades transmitidas por vectores en **Brasil** fueron las de mayor ocurrencia y ocasionaron 40% de las notificaciones de enfermedades transmisibles.
- La hidatidosis es endémica en **Chile**, con 220 casos en 2010 (2,1 casos por 100.000 habitantes). La

hidatidosis ocasiona entre 30 y 40 defunciones anuales (0,2 muertes por 100.000 habitantes). Hubo cinco casos de brucelosis en 2010, con una tasa de 0,03 casos por 100.000, 14 casos de triquinosis, (0,08 casos por 100.000 habitantes). No se registra rabia humana desde 1996.

- La notificación de brucelosis es escasa (hay subregistro) en **Colombia** y lo mismo ocurre con leptospirosis.
- En 2010 se registraron 74 focos de fiebre aftosa en **Ecuador**. En 2009 hubo un caso de rabia humana. No se registra casos de peste.
- **Guyana** es considerado libre de la fiebre aftosa desde 2001, aunque mantiene la vigilancia a lo largo de las fronteras.
- **Paraguay** estaba fiebre aftosa desde 2006 (aunque hubo un pequeño brote en 2011).
- Se produjo un caso de rabia humano en **Perú** en 2006 y otro en 2010, y hay pequeños brotes en zonas rurales, con 13 casos en 2010. La peste se encuentra focalizada en áreas de extrema pobreza, con 24 casos anuales. También es importante la fascioliasis hepática (áreas del altiplano, con prevalencia hasta 30% en niños) y la hidatidosis, que con una morbilidad (según registros de pacientes hospitalizados) de 530 por 100.000 habitantes y una mortalidad entre 1% y 12% (10).

Cuadro 4.10. Prevalencia de VIH/sida en población de 15 a 49 años, países seleccionados e Sudamérica

País	Prevalencia (%) en población de 15-49 años				
	1990	1995	2000	2005	2009
Argentina	0,3	0,3	0,4	0,4	0,5
Bolivia	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2
Chile	0,0	0,1	0,2	0,3	0,4
Colombia	0,2	0,6	0,9	0,7	0,5
Ecuador	0,3	0,5	0,5	0,4	0,4
Guyana	2,8	2,2	1,5	1,1	1,2
Paraguay	0,0	0,2	0,3	0,3	0,3
Perú	0,4	0,5	0,5	0,4	0,4
Suriname	0,1	0,7	1,0	1,1	1,0
Uruguay	0,1	0,2	0,3	0,5	0,5

Fuente: CEPAL (2012), CEPALSTATS Acceso junio 2012 (4).

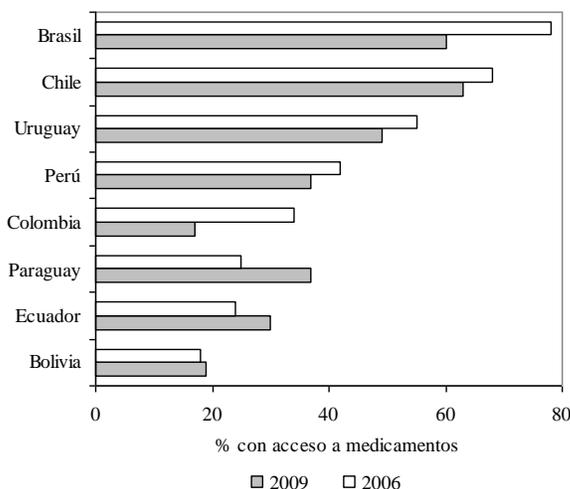
La proporción de la población portadora del VIH con infección avanzada que tiene acceso a medicamentos

- No se notificaron casos de peste o rabia humana en el período 2006-2010 en **Suriname**. En 2010, se diagnosticó 291 casos de leishmaniasis cutánea. No se han notificado casos de gripe porcina, fiebre aftosa ni carbunco.
- No hay casos notificados de rabia humana ni canina en **Uruguay**. La hantaviriosis es endémica, con 18 casos en 2010. La leptospirosis es endémica, con brotes epidémicos, con 97 casos (2,99 casos por 100.000 h.) en 2010, año en que hubo 15 casos de brucelosis. La hidatidosis es endémica en algunas áreas.
- Hay rabia humana ocasional en **Venezuela**, que no registró casos de peste entre 2006 y 2010. (10).

d) VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual

Desde 1990 a 2009, la prevalencia estimada de VIH/sida en población de 15 a 49 años de edad en países de Sudamérica ha tenido diferente evolución, hasta llegar a un nivel que es bajo en países como Bolivia con 0,1% (probablemente haya también un problema de subregistro) y mayor en Argentina, Uruguay y Colombia (0,5%). En varios países se consigna relativamente estable desde 2000, como es el caso de Bolivia, Paraguay, Perú y Suriname, mientras que en otros como Uruguay y Chile hay un paulatino aumento (cuadro 4.10) (4).

Figura 4.7. Proporción de portadores de VIH con infección avanzada con acceso a medicamentos antirretrovirales 2006 y 2009



Fuente: CEPAL 2011 basado en PNUD ODM (11).

antirretrovirales en 2006 y 2009 fue muy variable entre los países, pues mientras en Brasil y Chile superaba el

60%, en Bolivia era menor a 20% y en Ecuador alrededor de 30% (figura 4.7) (11).

En la situación relevante de VIH/sida en los países (10), destaca que:

- Entre 2006 y 2009, la prevalencia estimada de VIH en **Argentina** era de 0,4% en mayores de 15 años. Aproximadamente hay unas 110 mil personas infectadas con el VIH. La incidencia notificada en 2009 fue de 16,4 casos en hombres y 9,6 en mujeres por 100.000 h..
- En 2010, se registró 6.176 casos en **Bolivia**, con prevalencia de de 0,05%. Se estima que en el país hay unas 12.000 personas con VIH/sida.
- Aproximadamente hay unas 630 mil personas de 15 a 49 años de edad con VIH/sida en **Brasil**. La prevalencia en el grupo de 15 a 49 años se mantiene alrededor de 0,6% (0,4% en mujeres y 0,8% en hombres). En 2010 se notificaron 34.212 casos nuevos y 11.965 defunciones (6,3 muertes por 100.000 h.).
- Se estima que en 2009 había 40 mil portadores del VIH en **Chile**, con prevalencia de 0,4% (12 portadores por 100.000 habitantes). La letalidad ha tendido a disminuir, con un aumento de la supervivencia por el acceso garantizado al tratamiento antirretroviral.
- Entre 1983 y 2009 se notificaron 71.653 casos de VIH/sida en **Colombia** (6.924 notificados en 2009), concentrados en grupos de alta vulnerabilidad. Los donantes de sangre VIH positivos eran 0,34% en 2009.
- Entre 2005 y 2010 se observó una tendencia al incremento de casos de VIH y de sida en **Ecuador**, de 1.070 casos de VIH y 474 de sida en 2005 a 3.966 y 1.301 en 2010, respectivamente. La mortalidad se ha estabilizado desde 2005 en alrededor de 700 fallecimientos anuales.
- La prevalencia de la infección por el VIH ha venido disminuyendo en **Guyana**. Entre el 2004 y el 2009, la prevalencia calculada del VIH entre adultos disminuyó de 2,2% a 1,1%. La proporción de muertes atribuidas al sida se redujo de 9,5% en el 2005 a 4,7% en el 2008.
- En 2009, la incidencia de VIH/sida de **Paraguay** en 2009 fue de 15,1 por 100.000 h. (aumento de 71% de notificaciones respecto a 2005). En 2009, se notificó 3.042 casos de VIH y 12.041 casos de sida en Perú, y se encontraban en tratamiento alrededor de 16 mil personas.

- La prevalencia de VIH/sida en **Uruguay** fue de 0,42 % para 2008-2009. La tasa de mortalidad por sida en 2009 fue de 5,05 por 100.000.

- En 2009, la prevalencia estimada de infección por VIH era de 1,1% en los adultos (grupos de 15 a 49 años de edad) en **Suriname**, con mortalidad en 2009 de 20,2 muertes por 100.000 h. (21,5 en los hombres y 18,9 en las mujeres).

- En 2006, se registraron 1.733 defunciones por VIH/sida en **Venezuela** (6,1 muertes por 100.000 h.) (10).

En otras enfermedades de transmisión sexual en países (10), destaca:

- La incidencia de sífilis congénita se mantuvo alrededor de 1 por 1.000 nv en el período 2006-2010 en **Argentina**.

- Se registró una tasa de morbilidad por sífilis y úlcera genital de 43,7 por 100.000 h. en **Bolivia**, cuya vigilancia se encontró para 2007, Clamiasis (prevalencia de 10,5%), Tricomonas (4.6%), sífilis (2.6%) y gonorrea (0.5%). La infección por sífilis congénita es un importante problema de salud pública y afecta a 7,2% de las mujeres embarazadas y al 11 por 1.000 recién nacidos vivos.

- La tasa de incidencia anual de sífilis en 2008 fue de 16,6 casos por 100.000 habitantes en **Chile**; 2,2% correspondió a sífilis congénita. En 2008, la mayor proporción de casos se notificó en mujeres (53%) y el grupo etario más afectado fue el de 20 a 24 años. La tasa de incidencia de gonorrea fue de 5,6 casos por 100.000 habitantes en 2008. En 2003, 0,1% de la población mayor de 17 años era portadora del virus de la hepatitis B. El 15% de las mujeres con vida sexual activa eran portadoras del virus del papiloma humano.

- En **Ecuador**, en 2009 se notificaron 215 casos de sífilis gestacional y 111 casos de sífilis congénita, 2.308 casos de gonorrea (16,48 por 100 000 habitantes) y 1 697 casos de herpes genital (12,12 por 100 000 habitantes).

- La prevalencia de sífilis prenatal en **Guyana** era 2,4% en 2004 y 0,7% en 2006, pero no se informó de casos de sífilis congénita en el 2009.

- La sífilis congénita ha aumentado en **Paraguay**, alcanzado una incidencia fue de 14 casos por 1.000 nacidos vivos en 2010.

- En **Perú**, se notificaron 442 casos de sífilis congénita en 2008 y 376 en 2009.

- En **Suriname**, el número de casos notificados de úlceras genitales, incluidas la sífilis y el herpes genital, fue 122 casos en 2005 y 148 casos en 2008.
- La sífilis congénita registra una notificación anual de 81 casos en el período 2007-2009 en **Venezuela** y en 2010 se registró 115 casos (10).

e) *Tuberculosis*

En 2009, Sudamérica registró más de 288 mil casos de tuberculosis (tasa de prevalencia de 73 casos por 100,000 habitantes), con más de 47,8 mil defunciones anuales (tasa de mortalidad de 12,2 defunciones por 100,000 habitantes). Las tasas de incidencia son más altas en Perú, Bolivia y Guyana. Entre 1990 y 2009, la incidencia de tuberculosis en Sudamérica bajó de 174 a 74 casos por 100 mil habitantes, mientras que la mortalidad se mantuvo similar, con 12 muertes por 100 mil habitantes (4). Ha existido una marcada disminución de mortalidad en algunos países que tenían alta mortalidad, como Perú (que bajó a menos de un décimo), Ecuador (a la tercera parte). En este período, Bolivia bajó su mortalidad casi a la mitad, aunque continúa siendo el país con la tasa más alta (21,0 por 100 mil habitantes).

En la situación relevante de la tuberculosis en los países (10), destaca que:

- En 2009 se notificaron 10.657 casos (26,6 casos por 100.000 h.) en **Argentina**. La tasa de mortalidad fue de aproximadamente 2 por 100.000 habitantes.
- La incidencia de la tuberculosis fue 76,1 por 100 000 habitantes en **Bolivia**.
- En 2010 se notificaron 71.000 casos nuevos en **Brasil** (7,2 casos por 100.000 h.). En 2009 se notificaron 4.800 defunciones por tuberculosis (incluyendo casos de co-infección con VIH).
- La tasa de incidencia de tuberculosis fue de 13,8 casos por 100.000 habitantes en 2008 en **Chile**.
- En 2010 se registraron 11.433 casos nuevos de tuberculosis en **Colombia** (incidencia de de 25,1 casos por 100.000 h.).
- En 2010, la prevalencia de tuberculosis en **Ecuador** fue 8,24 casos por 100 000 habitantes. Entre 2009 y 2010, de 5.764 pacientes con tuberculosis, 870 de los casos tenían coinfección con VIH.
- En **Guyana**, la prevalencia de la infección de tuberculosis descendió a 14,8 casos por 100 000 h. en el 2008.
- La incidencia de todas las formas de tuberculosis en **Paraguay** se redujo a 32,8 casos por 100.000 h. en

2010 (en la población indígena fue 117 por 100.000 habitantes).

- La tasa de morbilidad por tuberculosis en **Perú** se redujo a 108,5 casos por 100.000 habitantes en 2010. Ese año se notificaron 31.984 casos nuevos. 697 casos fueron con coinfección de tuberculosis y virus de la inmunodeficiencia humana. Con el crecimiento de la epidemia de infección por el VIH, el número de casos de tuberculosis aumentó a 177 (34 casos por 100.000 h.) en 2009.
- En 2010, se notificó 91.589 casos respiratorios de tuberculosis en **Venezuela** (3.252 casos nuevos con baciloscopía positiva) (10).

f) *Enfermedades desatendidas*

Durante 2005, en la Región se registró una tasa de prevalencia de **lepra** de 0,39 por 10.000 habitantes y una tasa de detección de 4,98 por 100.000 habitantes. Los casos multibacilares fluctúan entre 9,6% en Bolivia y 1,3% en Argentina. La proporción de casos nuevos con discapacidad grado II también es variable entre los diversos países. En 2010, se notificaron 354 casos nuevos de lepra en Argentina (tasa de detección de 0,9 por 100.000h.). Ha disminuido la prevalencia de lepra en Brasil, con 34.894 casos nuevos en 2010 (1,56 casos por 10.000 h.). En 2010 se notificaron 283 casos nuevos de lepra en Colombia, (incidencia de 0,61 casos por 100.000 habitantes. En 2010 fueron detectados un total de 134 casos nuevos de lepra en Ecuador. Entre 2006 y 2010 se notificaron 67 casos nuevos de lepra en Perú, de la selva amazónica En 2010 hubo 11 casos en mayores de 5 años de lepra en Uruguay. En el 2010 se registraron 63 casos de lepra en Guyana (prevalencia fue 0,04 casos por 10.000 h.), con una detección anual promedio de 26 nuevos pacientes. En 2010 hubo 392 casos nuevos de lepra en Paraguay. En 2009, se detectaron 38 casos nuevos de lepra en Suriname (0,7 por 10.000). En el período 2006-2010 se registró un promedio anual de 650 casos nuevos de lepra en Venezuela. (10).

La fiebre hemorrágica boliviana provocó la muerte de 15 personas en el período 2006-2010 en una zona endémica de Bolivia. Se dispone de poca información sobre la frecuencia de la filariasis linfática en Brasil, restringida a algunas áreas específicas, en cuatro municipios. En 2010, se notificó 41.167 casos de esquistosomiasis, con distribución geográfica concentrada en la Región Noreste. Ecuador logró interrumpir la transmisión de oncocercosis.

La filiarisis linfática es endémica en Guyana, con 32 casos en 2007. Suriname está en el proceso de verificar la interrupción de la transmisión de la filiarisis linfática. En 2009 y 2010, Suriname informó una prevalencia general de 8,7% de la esquistosomiasis, con helmintiasis de más alta prevalencia en el interior. En Venezuela, la oncocercosis se encuentra en fase de transmisión interrumpida en el Foco Nor-Oriental y pero continua en el Foco Sur (10).

g) Enfermedades emergentes

Entre 2002 y 2008 se produjeron casos esporádicos de **cólera** en Brasil. Si bien actualmente no hay ningún caso de cólera en Suriname, ha aumentado el riesgo debido a la frecuente migración dentro de la región con brotes activos de cólera. No se notificaron casos de cólera en Venezuela en el período, aunque se investigaron 32 brotes de enfermedades transmitidas por alimentos (10).

Entre 2007 y 2011 se registraron 734 casos de **hantavirus** en Brasil. En 2010 se notificó 14 casos de hantavirus, con 4 fallecidos, en Bolivia. En 2010, se registraron 59 casos de hantavirus en Chile (0,35 casos por 100.000 h., con letalidad de 18%) (10).

En los primeros ocho meses de 2010 se confirmó 773 casos de **Influenza A** en Brasil, con 99 defunciones. La tendencia de los casos confirmados durante la pandemia de influenza desde que en

Colombia se notificó el primer caso en 2009 fue al aumento, hasta poco más de 300 casos en la semana 34, para luego descender marcadamente a niveles inferiores a 50 casos semanales durante todo 2010. En total se confirmaron, y se notificaron 232 defunciones en 2009 y 74 en 2010. En 2009, se notificó 30 casos en Guyana. La pandemia de gripe H1N1 tuvo repercusiones relativamente limitadas en Suriname, con 110 casos confirmados y 2 muertes relacionadas con el H1N1 entre abril y diciembre de 2009. En 2009 se notificaron 12.667 casos sospechosos y 2.800 confirmados de influenza A en Venezuela, (10,4 casos por 100.000 habitantes) (10).

El cuadro 4.11 se ilustra un posible escenario de defunciones, hospitalizaciones y consultas ambulatorias que se producirían en caso de una eventual pandemia de influenza, de impacto moderado (como la epidemia ocurrida en 1968) o grave (como en 1918), asumiendo una tasa de ataque clínica de 25%, para un volumen de población 2010 en Sudamérica. Dado que este tipo de escenarios es incierto, se plantea un amplio rango de posible impacto. Las cifras potenciales tienen gran implicancia para orientar la preparación que deben tener los países en sus políticas, planes, presupuestos y servicios asistenciales (Adaptado de OPS, 2007, a población 2010) (3).

Cuadro 4.11. Escenario de eventuales defunciones, hospitalizaciones y consultas en una pandemia de influenza moderada o grave en Sudamérica. Población 2010

Impacto potencial	Escenario de la pandemia			
	1968 (moderado)		1918 (grave)	
Defunciones (miles)	231,0		1.671,6	
Rango	90,9	452,7	433,6	3.733,1
Hospitalizaciones (miles)	1.010,1		8.155,0	
Rango	317,3	1.339,2	2.204,7	11.348,0
Consulta ambulatoria (miles)	52.659,7		47.325,7	
Rango	41.290,5	75.482,8	40.167,6	63.746,4

Nota: Escenario en una pandemia de influenza moderada (como en 1968) o grave (como en 1918, con tasa de ataque clínica de 25%), proyectada a población de Sudamérica 2010.

Fuente: Adaptado de estimaciones de Salud de las Américas 2007 (OPS, 2007) (6).

Enfermedades crónicas no transmisibles

Las enfermedades crónicas no transmisibles constituyen uno de los problemas prioritarios de salud pública en Sudamérica, con tendencia hacia el

incremento paulatino debido a que se mantienen los factores que han influido en su aumento, incluyendo el envejecimiento de la población, estilos de vida no saludables como sedentarismo y alimentación

inadecuada. Estimaciones de OMS (2011) indican que alrededor de 2008, 72% de las muertes en Sudamérica correspondían a enfermedades crónicas no transmisibles, 13% a traumatismos y envenenamiento y 16% a otras relevantes (Cuadro 4.12) (12). Entre las enfermedades crónicas no trasmisibles, destaca que las enfermedades cardiovasculares provocan 30% de las muertes, el cáncer 17%, las enfermedades respiratorias crónicas 6%, la diabetes mellitus 4% y otras

enfermedades crónicas no transmisibles provocan 14% de las muertes. Países con mayor desarrollo y envejecimiento, como Uruguay, Argentina y Chile, tienen mayor mortalidad proporcional por enfermedades crónicas no transmisibles (87%, 83% y 80% respectivamente), en cambio países con menor desarrollo y población más joven, como Bolivia y Perú tienen menor nivel (57%, y 60% respectivamente).

Cuadro 4.12. Mortalidad proporcional en principales causas de enfermedades no transmisibles, en países de Sudamérica (2008)

País	Enferm. Cardiovasc. %	Cancer %	Enferm. Respirat. %	Diabetes %	Otras ECNT %	Otras relevantes %	Traumat. %	ECNT / Total %
Argentina	33	20	10	3	14	14	6	80
Bolivia	22	8	5	3	19	35	8	57
Brasil	33	16	6	5	14	14	12	74
Chile	30	23	6	4	20	9	8	83
Colombia	28	17	6	3	12	13	21	66
Ecuador	23	19	3	6	14	20	15	65
Guyana	36	8	2	8	12	21	13	66
Paraguay	28	17	3	8	12	20	12	69
Perú	19	18	4	2	16	31	10	60
Suriname	38	12	2	5	14	18	11	71
Uruguay	36	25	7	2	16	8	6	87
Venezuela	31	15	3	6	11	13	21	66
Sudamérica	30	17	6	4	14	16	13	72

Fuente: OMS (2011) Perfiles nacionales de enfermedades no transmisibles (12).

Factores de riesgo

Entre los factores de riesgo de enfermedades crónicas destaca el sobrepeso, que en varios países alcanza o sobrepasa la mitad de la población, mientras que la obesidad a nivel de países fluctúa entre 15% y 30% (cuadro 4.13) (12). La glicemia elevada fluctúa entre 5,5% y 11,5% y el colesterol elevado entre 37% y 49%. cabe destacar sin embargo que esta información corresponde a encuestas con medición de parámetros y perfil de laboratorio en muestras que pueden no reflejar el país en que se realizaron o al dispersión de valores al

interior del país. De todos modos, la prevalencia de factores de riesgo es relativamente excesiva y afecta a prevención y control importante, como es el caso de tabaco diario, inactividad física, sobrepeso y obesidad.

Otros factores de riesgo afectos a abordaje y prevención de complicaciones y enfermedades son uso de alcohol y drogas, estrés y otros problemas de salud mental, riesgos de accidentes de tránsito, laboral y violencia, y comportamiento sexuales y reproductivos inseguros.

Cuadro 4.13. Prevalencia de factores de riesgo, en países de Sudamérica, 2008

País	Tabaco diario %	Inactividad física %	Hipertensión arterial %	Glicemia elevada %	Sobrepeso %	Obesidad %	Colesterol elevado %
Argentina	23,6	68,9	36,7	11,1	64,2	29,7	...
Bolivia	29,9	...	...	...	48,5	17,9	...
Brasil	14,1	48,6	40,0	9,7	51,7	18,8	42,8
Chile	35,5	...	43,2	10,6	65,3	29,4	49,1
Colombia	...	42,7	37,0	5,9	48,3	17,3	41,4
Ecuador	3,5	42,3	...	...	55,0	21,4	...
Guyana	...	...	...	...	...	...	...
Paraguay	14,3	40,3	...	9,6	...	...	...
Perú	...	...	31,7	5,5	46,3	15,7	37,2
Suriname	...	...	...	...	...	...	...
Uruguay	30,2	35,7	45,7	11,5	59,0	24,8	43,6
Venezuela	...	...	38,0	10,0	66,9	30,3	37,1

Fuente: Perfiles nacionales de enfermedades no transmisibles, OMS 2011 (12).

Referencias

- Organización Panamericana de la Salud (2010) Situación de Salud en las Américas. Indicadores Básicos 2010, OPS: WDC, Disponible en www.paho.org. Acceso en junio de 2012
- Organización Panamericana de la Salud (2011) Situación de Salud en las Américas. Indicadores Básicos 2011, OPS: WDC, Disponible en www.paho.org. Acceso en junio de 2012
- Organización Panamericana de la Salud (2012) Situación de Salud en las Américas. Indicadores Básicos de Salud, Generador de tablas, OPS: WDC, Disponible en www.paho.org. Acceso en junio de 2012
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2012), CEPALSTATS, Base de Datos interactiva de Estadísticas de América Latina y el Caribe, Disponible en <http://websie.eclac.cl/sisgen/ConsultaIntegrada.asp>, Acceso en junio de 2012
- Schwarcz & Fescina, Updated in 2007: Maternal Mortality in Latin America and the Caribbean. Schwarcz & Fescina, The Lancet 356.December 2000
- Organización Panamericana de la Salud (2007) Salud en las Américas 2007. Volumen Regional.
- Organización Panamericana de la Salud. Washington DC. Disponible en: www.paho.org/hia/SAvol1esp.zip Acceso en febrero de 2012
- Fontes R., (2001) *Seguridad y salud en el trabajo en América Latina y el Caribe: Análisis, temas y recomendaciones de políticas*. BID: WDC
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2007), Panorama Social 2006. CEPAL, Santiago Chile Disponible en <http://www.eclac.cl/>, Acceso en abril de 2012
- Vásquez A. (2010) *La discapacidad en América latina*, en Discapacidad, lo que todos debemos saber, OPS: WDC
- Organización Panamericana de la Salud (2012) Salud en las Américas 2012, Informes de país, OPS: WDC
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2011), Panorama Social de América Latina y el Caribe (LC/G.2481-P). CEPAL: Santiago de Chile. Disponible en www.eclac.org. Acceso en marzo de 2012
- Organización Mundial de la Salud (2011), Perfiles nacionales de enfermedades transmisibles, OMS: Ginebra, Disponible en www.who.org. Acceso en marzo de 2012

5. POLÍTICAS, PROTECCIÓN SOCIAL Y SISTEMAS DE SALUD

Los capítulos anteriores presentan aquellos aspectos que son relevantes de las condiciones de salud y sus determinantes, en los países de Sudamérica. El déficit o brechas en el nivel de salud y los problemas prioritarios de salud pública que existen en cada país, implican la necesidad de respuestas organizadas y pertinentes por parte del sector salud (y de otros sectores del quehacer nacional). En este capítulo se presentan los principales aspectos de la respuesta del sector salud ante los problemas y necesidades de salud de la población, destacando las políticas públicas en salud; la protección social y el aseguramiento en salud; y la organización, estructura y desempeño de los sistemas de salud.

Tendencias en el desarrollo y reformas del sector salud

La conformación y el desarrollo paulatino del sector salud en los Sudamérica ha sido influida por el contexto histórico, político y del desarrollo global de cada nación. Especialmente en las últimas tres décadas, el sector salud ha estado expuesto a diversos procesos de desarrollo, modernización y reformas sectoriales. En algunos casos, como Bolivia, Ecuador y Paraguay, el énfasis ha estado puesto en la extensión de cobertura de la protección social y de los servicios de salud, en respuesta a las necesidades y derechos de la población; en este enfoque, se ha procurado el aumento de cobertura de la protección social y de los servicios de salud, para asegurar un mayor acceso. En otros casos, como en Chile y Colombia, el énfasis se ha puesto en la modernización y mayor eficiencia del sistema de salud, y con mayor participación del sector privado (bajo la modalidad propiciada por el Banco Mundial). En la mayoría de los países, especialmente en aquellos de menores ingresos y con menor desarrollo y cobertura de los servicios de salud, ha destacado la búsqueda de nuevos mecanismos para aumentar la cobertura de los sistemas de salud (como la creación de paquetes básicos y extensión de protección social), especialmente destinados para cubrir grupos de población pobres y marginados (1-6).

Como consecuencia de esos procesos de desarrollo y reformas se ha logrado una serie de resultados (4-7), entre los cuales destacan:

- En muchos países, se identificaron y separaron las diversas funciones que cumple el Estado, con una nueva serie de actores: aseguradores, prestadores, fiscalizadores y la propia ciudadanía.
- Se fomentó el crecimiento del sector privado, con procesos de privatización directa o indirecta de los sistemas de aseguramiento y provisión pública de salud.

- Hubo cambios en el modo y fuentes de financiamiento, centrados en la sostenibilidad financiera.
 - En muchos países se mejoró el desempeño de los servicios asistenciales, a través de diversas medidas y se introdujo el elemento de eficiencia en la planificación, pago y control de la provisión de servicios asistenciales.
 - Se buscó aumentar la cobertura de los sistemas de salud, especialmente hacia aquellos sectores sin acceso que no tenían recursos económicos, culturales o geográficos para acceder a servicios. Se adoptaron presupuestos especiales y mecanismos como la creación de paquetes básicos.
 - Se realizaron procesos de descentralización del sistema público de salud, con mayor poder y autonomía de los niveles locales, con incentivo de la participación del personal y de la población.
- Sin embargo, también se detectó una serie de problemas relacionados con las reformas (4-7), como por ejemplo:
- La segmentación del sistema aumentó, con múltiples actores y sistemas de baja integración y en competencia. La promoción de la competencia entre aseguradores y proveedores para captar clientes con capacidad de pago profundizó la segmentación. Un predominio de la proporción del gasto privado y de bolsillo en muchos de los países y en grupos de la población no cubiertos adecuadamente por aseguramiento hace recaer en la población una carga que puede significar obstáculos de acceso para la salud.
 - Hubo inadecuaciones en la distribución del gasto y bajas condiciones de eficiencia con elevación de los costos de transacción y se debilitó la función rectora del Ministerio de Salud con baja regulación de mercados de seguros y servicios de salud
 - En la mayoría de los países, el gasto público (con déficit de financiamiento público para la salud)

disminuyó drásticamente, mientras que aumentó el gasto de bolsillo. La baja de financiamiento y el estricto control de costos redujeron recursos de infraestructura pública de salud y de recursos humanos, lo que a su vez redundó en disminución del desempeño y la eficiencia, especialmente del sistema público de salud.

- El uso de criterios privados (lógica de cuasi-mercado) en el sector público con énfasis en la competencia al interior de la red de servicios redujo la solidaridad interna, la eficiencia de red, el desempeño y eficiencia global del sistema público.
- La incorporación de incentivos económicos a la provisión de servicios de salud individuales llevó a priorizar los servicios curativos frente a las acciones preventivas.
- La introducción de paquetes básicos para los pobres profundizó la fragmentación de los sistemas de salud. La creación de fondos separados para la población con distinta capacidad contributiva condujo a la pérdida de solidaridad dentro del sistema y profundizó la inequidad en materia de acceso a los cuidados de salud y de resultados de salud. La cobertura no aumentó como se esperaba, surgiendo aumento de la demanda pero con disminución crítica del recurso.
- La descentralización fue incompleta, la autoridad sanitaria no pudo contribuir a velar por la integridad y equidad del sistema entre diversas áreas, por su rol rector debilitado.

La situación de los sistemas de salud, con sus logros y problemas, plantea desafíos entre los cuales destacan: fortalecer el rol rector de la autoridad sanitaria; fortalecer y monitorear las funciones esenciales de salud pública; buscar mecanismos de integrar la red pública (respetando las autonomías locales) con criterios de solidaridad y equidad; recuperar el nivel de financiamiento y recursos críticos para asegurar un desempeño eficiente del sistema de salud y fortalecer la atención primaria de salud (4-7).

En el quinquenio 2006-2010, los diversos países continuaron fortaleciendo el marco legislativo, la protección social y los sistemas de salud, cuyos aspectos relevantes se sintetizan en las secciones siguientes del capítulo.

Con el fin de consolidar la función de rectoría, y en consistencia con la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 se fortaleció el marco legislativo

y se formularon leyes, políticas y planes de salud, junto a fortalecimiento de aspecto regulatorios como en el caso de medicamentos (5,6), apoyado por la legislación en salud.

Legislación de salud

La diversidad de leyes, planes y políticas públicas relacionadas con salud que existen en los países dan distinto sustrato legislativo y normativo para el desarrollo de la protección social y de los sistemas de salud, así como para favorecer el acceso de los distintos grupos de población a los servicios de salud. Entre 2006 y 2010, destaca la formulación de una serie de leyes y la inclusión del tema de salud en nuevas constituciones (como Ecuador y Bolivia), que buscan apoyar el fortalecimiento del marco jurídico y normativo que facilite el ejercicio del derecho a la salud, fortalezca los sistemas de salud y le haga más pertinentes a las necesidades y demandas de la población en materias de salud (4,6).

A nivel de avances constitucionales, destaca que la Constitución de Ecuador (2008) ordena la creación de sistemas de inclusión y equidad social, con servicios estatales de salud universales y gratuitos, con énfasis en niños, embarazadas, adolescentes y adultos mayores, personas con discapacidad, y quienes padezcan enfermedades catastróficas y de alta complejidad. La Constitución de Bolivia (2009) reconoce el derecho a la salud y su relación con desarrollo integral, la interculturalidad, la descentralización y autonomía, con la creación de un Sistema Único de Salud y la creación de un régimen de seguridad social (6).

Entre las leyes relevantes para el fortalecimiento sectorial de salud en los países de Sudamérica, destacan:

- En **Argentina**, la Ley de Ministerios No. 26.338 (2007) aportó los lineamientos para la implementación del Sistema Federal de Salud; las funciones del Ministerio de Salud Central; la coordinación de autoridades sanitarias de diversos niveles y la planificación global del sector. La Ley No. 26.529 (2009) indica los derechos de salud de los pacientes. En Bolivia, se promulgó en 2010 la Ley Marco de Autonomías y Descentralización sobre el Régimen de autonomías, que contiene las bases de la organización territorial del Estado; la implementación del Seguro Universal de Salud; el

Sistema Único de Salud y la participación de indígenas y campesinos.

- En **Brasil**, la Ley Portaria No. 675 (2006) contiene la Carta de los derechos de los usuarios de salud; la Comisión Nacional sobre Determinantes Sociales de la Salud. En Chile, la Ley No. 19.966 (2005) estipula garantías explícitas de financiamiento y prestaciones a un grupo de enfermedades relevantes. La Ley No. 1.122 de Colombia (2007), se refiere a la Comisión de Regulación en Salud y los Planes Obligatorios de Salud. Dicha ley incluye la responsabilidad de unificar el Plan de Beneficios, la universalidad del aseguramiento, la portabilidad de las prestaciones y la sostenibilidad financiera.
- En **Ecuador**, la Ley Orgánica de Salud 2006 establece al Ministerio de Salud Pública como autoridad sanitaria, las funciones de rectoría y la responsabilidad en la aplicación de la ley. La Ley Orgánica del Consejo de Participación Ciudadana y Control Social (2006) señala las funciones del Consejo de Participación Ciudadana y Control

Social y mecanismos de control y rendición de cuentas.

- En **Perú**, la Ley No. 29.124 (2007) se refiere a la cogestión y participación ciudadana para el primer nivel de atención en centros del Ministerio de Salud. La Ley No. 29.344 (2009) norma el aseguramiento universal en salud; la regulación, financiamiento, prestación y supervisión del aseguramiento; y el Plan Esencial de Aseguramiento. La Ley No. 29.414 (2009) establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.
- En **Uruguay**, la Ley No. 18.211 (2007) establece el Sistema Nacional Integrado de Salud; crea el Seguro Nacional de Salud y la Junta Nacional de Salud. La Ley No. 18.131 (2007) crea el Fondo Nacional de Salud, e indica el financiamiento del Seguro Nacional de Salud. La Ley No. 18.335 (2008) establece los derechos y obligaciones pacientes y usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud (6).

Cuadro 5.1. Gasto público social en salud por habitante en países de Sudamérica, 2000 a 2009

País	2000-2001	2002-2003	2004-2005	2006-2007	2008-2009
	%	%	%	%	%
Argentina	220	170	198	245	327
Bolivia	30	33	36	36	37
Brasil	179	176	204	229	262
Chile	184	195	199	220	291
Colombia	67	56	66	69	75
Ecuador	18	27	32	37	53
Paraguay	15	17	15	22	25
Perú	34	40	39	40	54
Uruguay	171	149	165	213	299
Venezuela	77	73	84	106	...
Sudamérica	139	132	151	172	211

Nota: Cálculo en base a US\$ del año 2000.

Fuente: CEPAL (2011) Panorama Social de América Latina y el Caribe.

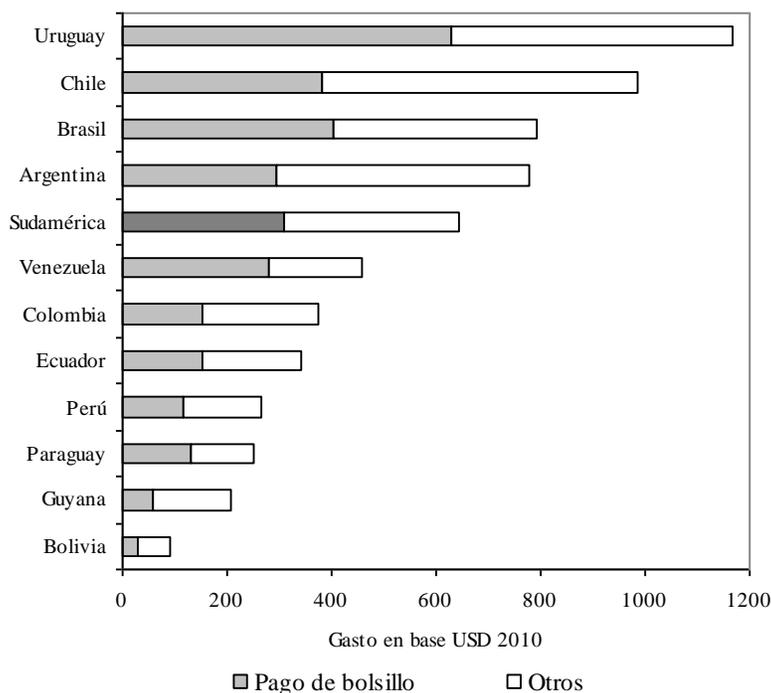
Financiamiento y gasto en salud

Entre 2000 y 2009, el gasto público social en salud por habitante aumentó en todos los países, especialmente países con mayor desarrollo económico, como Argentina, Uruguay y Chile, que en 2008-2009 alcanzaron a US\$ 327, 299 y 291, respectivamente, mientras que Bolivia y Paraguay sólo alcanzaron a US\$ 37 y 25, respectivamente

(cuadro 5.1) (8). En 2010, el gasto anual per cápita en salud alcanzó aproximadamente a US\$ 644 en Sudamérica (base año 2010).

El gasto público social en salud varía bastante entre los países, pues mientras que en Uruguay llega a 1.168 dólares, en Bolivia sólo alcanza a 90 dólares. El gasto de bolsillo representa el 61% del gasto en Venezuela y es un poco mayor que la mitad en Uruguay, Paraguay y Brasil (figura 5.1) (8).

Figura 5.1. Gasto per cápita en salud y gasto de bolsillo en países de Sudamérica, 2010



Nota: Cálculo en base a US\$ del año 2010. Suriname sin datos disponibles.

Fuente: Panorama Social en ALC, CEPAL, 2011.

Protección social y aseguramiento en salud

La población es cubierta a través de distintos subsistemas destacando el sistema público, la seguridad social, el sistema privado y otros como fuerzas armadas (cada país tiene una distinta proporción). La cobertura del sistema de salud total es alta en países como Chile, Brasil y Venezuela. La seguridad social en salud alcanza a dos tercios en Chile y Colombia, alcanza a la mitad de la población en Argentina, poco menos en Uruguay, mientras que en los otros países tiene menor cobertura poblacional. El sector privado (con y sin fines de lucro) cubre aproximadamente un cuarto de la población en Ecuador y poco menos de un quinto en Chile, alcanzando una cobertura mucho menor en los otros países. Hay otros sectores estatales o privados que cuentan con sistemas de salud propios (regímenes especiales, como el caso de fuerzas armadas, policía y grupos organizados de trabajadores) (1-6).

En el cuadro 5.2 se presenta la cobertura poblacional según subsistema previsional o subsector de salud en los países de Sudamérica para 2010 o último año disponible (4,6). La cobertura, dada tanto por la protección social como los tipos de seguros públicos y privados, permite ofrecer una cobertura teórica

universal, al menos respecto a la atención básica. Destacan los casos de Chile (en que garantiza atención de algunas enfermedades prioritarias al 100% de población, y donde los pobres sin seguro formal son automáticamente considerados beneficiarios del Fondo Nacional de Salud. En Brasil, el Sistema Único de Salud alcanza al 80% y en Venezuela al 66%. La seguridad social alcanza al 68% en Chile (FONASA), 67% en Colombia (Régimen Contributivo y Aseguradoras Privadas), 51% en Argentina (Obras Sociales), 45% en Uruguay (Mutuales), mientras que en los otros países, la cobertura es menor.

El aseguramiento privado (con y sin fines de lucro alcanza a 26% en Ecuador, 19.6% en Brasil (especialmente para atención médica suplementaria) y 17,6% en Chile. En otros países, la cobertura de seguros privados es menor. Las principales causas atribuidas a la exclusión social en salud en Bolivia son la pobreza, la falta de educación de la madre y la pertenencia a un grupo étnico; en Ecuador, es la insuficiente infraestructura de salud; en Paraguay es el origen étnico y falta de infraestructura básica (incluyendo la que impacta en salud, como electricidad y saneamiento); y en Perú es la pobreza, la residencia en zona rural y el origen étnico (4,6).

Chile tiene 13% de población sin cobertura registrada de seguros médicos públicos ni privados, pero ese grupo no pertenece a los trabajadores formales ni a los pobres (quienes automáticamente son cubiertos por el sistema público). Suriname cuenta con una

mezcla público-privada de cobertura parcial, estimada en 64% de la población mientras que Guyana también cuenta con una mezcla público-privada con descentralización y diversos tipos de acciones no coordinadas (4,6).

Cuadro 5.2. Cobertura poblacional según subsistema previsional o de salud en Sudamérica, 2010 *

País	Año	Subsistema	Cobertura poblacional según subsistema
Argentina	2006 2010	Público	100% de la población tiene acceso a cobertura básica del sistema público (independiente de cobertura de seguridad social o privada).
		Seg. social	51,2%: obras sociales.
		Privado	7,9%: medicina prepaga.
		Otros	3,2%: población con doble cobertura de seguro, principalmente por medio de planes privados (afiliación voluntaria en prepagas, mutuales, etc.).
Bolivia	2008	Público	11%: subsector público (Ministerio de Salud Pública y Deportes)
		Seguridad social	31% = 25%: Caja Nacional de Salud [CNS] (20,8%); otras cajas de seguro social en salud (4,2%): Caja Petrolera de Salud [CPS], Seguro Social Universitario [SSU], Caja de Salud de la Banca, Privada [CSPB], Corporación de Seguro Social Militar [COSSMIL], CSC, CSCO, SINEC, COTEL.
		Privado	En 2006: 12% Pago directo de servicios y seguros médicos privados. Incluye Organizaciones no Gubernamentales
		Sin cobertura	En 2006: 45% sin acceso a servicios de salud. 72,8% sin cobertura de seguro social o seguro médico privado.
Brasil	2006	Público	80,4%: cobertura exclusiva por el Sistema Único de Salud (SUS) (cobertura de atención básica 98%; cobertura del Programa de Salud de la Familia 68,4%).
		Privado	19,6%: Atención Médica Suplementaria (planes colectivos de empresas privadas 14,4% y planes individuales y familiares 5,2%); 3,8% Atención Odontológica Suplementaria. Los beneficiarios de los seguros privados mantienen el derecho integral de cobertura por el SUS.
Chile	2010	Público	100%: prestaciones garantizadas por el plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas (AUGE) (provisión pública o privada).
		Seg. social	73,5%: Fondo Nacional de Salud (FONASA) (cobertura legal).
		Privado	16,3%: Instituciones de salud previsional (ISAPRE).
		Otros	6,7: Fuerzas Armadas. 3,5%: sin aseguramiento formal.
Colombia	2004	Público	29%: “vinculados” (población no afiliada a un régimen de la seguridad social con acceso a la oferta de planes de servicios y beneficios limitados con recursos de la Nación, gobernaciones y municipios); cobertura teórica por Plan de Atención Básica (salud pública colectiva).
		Seguridad social	Sistema general de Seguridad Social en Salud: 39,7% con Régimen Contributivo y 51,4% con Régimen Subsidiado. 72 Empresas Promotoras de Salud..
		Otros	3,9%: regímenes especiales; Fuerzas Armadas, Policía, trabajadores petroleros, Magisterio, Universidades públicas. 4,3% fuera del sistema de seguridad social en salud
Ecuador	2006	Público	28%: Ministerio de Salud Pública.
		Seguridad social	21%: Instituto Ecuatoriano del Seguro Social (IESS): 11% (seguro general 9%, Jubilados 2%); Seguro Social Campesino 7%; Fuerzas Armadas y Policía 3% (Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas [ISSFA], Instituto de Seguridad Social de la Policía [SSPOL]).
		Privado	26% (sin fines de lucro 6% [Junta de Beneficencia, organizaciones no gubernamentales y municipios]; con fines de lucro 20% [seguros privados de salud 3%; pago directo a servicios privados 17%]).
		Sin cobertura	27%: sin acceso a servicios de salud. 76%: sin cobertura de seguro social o seguro médico privado.
Guyana	2006	Seguridad	Programa de seguro social obligatorio para empleados y trabajadores por cuenta

		social	propia de 16 a 60 años.
Paraguay	2005	Público	35% a 42%: acceso a la oferta del Ministerio de Salud (cobertura teórica estimada).
		Seguridad social	18,4%: Instituto de Previsión Social [IPS] o de otro tipo (individual, laboral, familiar, militar, policial o en el extranjero).
		Privado	7,0%: pago directo de servicios.
			38,6% sin acceso a servicios de salud. 81,1% sin cobertura de seguro social o seguro de salud privado.
Perú	2010	Público	37,0%: Seguro Integral de Salud, Ministerio de Salud.
		Seguridad social	20,1% en EsSalud; Otros: Entidades Prestadoras de Servicios Salud; Fuerzas Armadas y Policía (3%).
		Privado	5,5% seguros privados.
			37,4%: sin cobertura de seguro social o seguro de salud privado.
Suriname	2010	Público	54%: Ministerio de Salud: (30%); Ministerio de Asuntos Sociales (24%).
		Seguridad social	27%: Fondo de Seguro Médico del Estado (SZF): 21%: Misión Médica (con subsidio del Gobierno de Suriname: 6%).
		Privado	13% seguros privados: Planes de seguro empresarial (10%) y seguros médicos privados (3%).
		Otros	1% 5% no asegurado
Uruguay	2006	Público	45,3%: Ministerio de Salud y Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE).
		Seg. social	45,0%: mutuales
		Privado	1,8%: seguros privados de cobertura integral
		Otros	7,6%: Sanidad de las Fuerzas Armadas (5,3%); Sanidad Policial (2,3%)
Venezuela	2010	Público	Ministerio del Poder Popular para la Salud; Misión Barrio Adentro cubre atención primaria
		Seg. social	Sistema de Seguridad Social (Incluye Instituto Venezolano de Seguridad Social); Régimen Prestacional de Seg. Social de los Trabajadores y Medio Ambiente de Trabajo.
		Privado	Seguros privados y medicina prepaga

Nota: 2010 o último año disponible

Fuente: OPS (2007) Salud de las Américas 2007 y OPS (2012) Informes de país para la publicación Salud en las Américas 2012.

Organización y estructura de los sistemas de salud

Los sistemas de salud en los países de Sudamérica tienen un diverso grado de desarrollo, cobertura y capacidad de desempeño. Su organización y estructura difieren en cuanto al modo de financiamiento y aseguramiento; estructura legal y normativa; rol del Estado; integración (coordinación, segmentación, fragmentación); sectores participantes (público, seguridad social, privado); y la organización e integración de las redes asistenciales. Estos componentes de los sistemas de salud en los países de Sudamérica estuvo sujeta a distintos tipos e intensidad de cambios, algunos de los cuales fueron radicales, en relación a reformas del Estado que también involucraron al sector salud de la mayoría de países, bajo lineamientos similares, especialmente en la década de 1990 (1-5).

En la mayoría de países de Sudamérica, el sistema público alcanza la mayor cobertura nacional en cuanto

a infraestructura, personal asistencial y provisión de servicios, especialmente en el nivel primario de atención y en lugares rurales, aislados y con población de menores recursos y mayor vulnerabilidad social. La organización de los servicios asistenciales de salud tiene de estar organizada por áreas geográficas del país y en cada una existen redes asistenciales según complejidad y cobertura, especialmente en el sector público. Hay entidades estatales o privadas que cuentan con sistemas de salud propios (régimenes especiales), como es el caso de las fuerzas armadas, policía y grupos organizados de trabajadores, como los trabajadores petroleros de Venezuela (4,6).

En **Argentina** hay 24 sistemas provinciales en el sistema público que cuenta con aproximadamente 9.000 establecimientos asistenciales, de los cuales 1.373 son de internación. En **Brasil**, en 2010 se emitió una norma para estructurar mejor (disminuir la fragmentación) de las redes asistenciales. En **Chile** se cuenta con 29 Servicios de Salud, cada uno con una red

asistencial establecida. En **Colombia** se cuenta con 72 Empresas promotoras de salud (71 son públicas) que diseñan su red de prestadores (por criterios de mercado y no geográfico). En **Ecuador**, el Ministerio de Salud Pública es el principal proveedor asistencial, que se organiza según niveles provincial es y de área de salud, y cuenta además con una Red de Atención Solidaria (6). **Guyana** cuenta con 10 Regiones de Salud, cada una con red asistencial organizada según niveles de atención. En 2008, se inició en **Paraguay** una reforma para fortalecer e integrar mejor la red asistencial, con énfasis en la red de atención primaria (Unidades de Salud Familiar) para articular al sistema nacional de salud. En **Perú**, el Ministerio de Salud y las Direcciones Regionales de Salud poseen la red asistencial más grande del país, mientras que otras redes dependen de la seguridad social y sectores como fuerzas armadas (6).

En **Suriname**, los Servicios Regionales de Salud y la Misión Médica proveen atención primaria (en sectores de costa e interior, respectivamente), mientras que otras entidades proporcionan otros servicios asistenciales públicos y privados. **Uruguay** está en proceso de reforma que fomenta las redes de base territorial entre distintas entidades, con énfasis en la atención primaria. **Venezuela** cuenta con 17 entidades federales con

diverso grado de descentralización, y una red de establecimientos públicos. Cuenta además con la red ambulatoria de la Misión Barrio Adentro (con 8.600 puntos de consulta) (6).

Recursos de infraestructura

Las redes asistenciales de los sistemas de salud cuentan con un conjunto de establecimientos hospitalarios y ambulatorios cuya configuración e interacción depende de cada modalidad de servicio asistencial (ya sea público, privado, de fuerzas armadas y policía, de mutuales, y otros). Como aproximación a nivel de infraestructura, el cuadro 5.4 presenta el número y razón de camas hospitalarias estimados para los años 1990, 2000 y 2010 (9). En 1990, existían 831 mil camas, con una razón de 2,8 camas por mil habitantes, su cantidad disminuyó a 753 mil en 2000 y a 748 mil en 2010 (con una razón de 1,9 camas por mil habitantes en 2010). La disminución de la cantidad de camas y su disponibilidad por mil habitantes se relaciona, entre otros factores, con la disminución de la razón de hospitalizaciones que ocurrían en 1990, por mayor prevención, atención ambulatoria de algunos procedimientos que antes eran hospitalarios y la menor estadía hospitalaria (9).

Cuadro 5.3. Disponibilidad de camas hospitalarias en países de Sudamérica en 1990, 2000 y 2010

País	1990		2000		2010	
	n Miles	Razón * 1.000 h.	n Miles	Razón * 1.000 h.	n Miles	Razón * 1.000 h.
Argentina	70,6	2,2	76,0	2,1	83,9	2,1
Bolivia	9,2	1,4	8,6	1,0	10,8	1,1
Brasil	553,6	3,7	484,9	2,8	443,2	2,3
Chile	32,5	2,5	41,8	2,7	38,3	2,2
Colombia	45,9	1,4	38,2	1,0	56,3	1,2
Ecuador	17,0	1,7	19,6	1,6	22,4	1,5
Guyana	3,1	4,3	3,2	4,3	1,9	2,5
Paraguay	4,6	1,1	6,0	1,1	7,1	1,1
Perú	32,4	1,5	46,4	1,8	44,9	1,5
Suriname	1,6	3,9	1,7	3,6	1,7	3,2
Uruguay	8,3	2,7	6,3	1,9	6,1	1,8
Venezuela	52,1	2,6	20,1	0,8	31,0	1,1
Sudamérica	830,9	2,8	752,7	2,2	747,6	1,9

Fuente: CEPALSTATS (2012), basada a su vez en múltiples fuentes de países y agencias

Sin embargo, es importante determinar sobre las brechas de infraestructura respecto a las necesidades de hospitalización en la población. Mientras en países

como Brasil y Argentina, se dispone de 2,3 y 2,1 camas por mil habitantes respectivamente, en países con

menor desarrollo económico como Bolivia y Paraguay, alcanza sólo a 1,1 camas por mil habitantes (9).

La infraestructura de atención primaria de salud y los centros para atención prenatal y del parto son esenciales para asegurar la efectividad de los servicios de salud en la prevención de los eventos más evitables y de gran impacto en mejoramiento de la salud. No hay información sistemática sobre este tipo de infraestructura (9).

Recursos humanos

Sudamérica cuenta con aproximadamente 862 mil médicos, 210 mil enfermeros y 330 mil dentistas, lo que significa una tasa de 22,0 5,4 y 8,8 por 10.000 habitantes respectivamente. En 1990, existían 528 mil médicos en Sudamérica, con una razón de 18 por diez mil habitantes. Esta cantidad aumentó a 716 mil en 2000 y a 862 mil en 2010, alcanzando a una razón de 22 médicos por diez mil habitantes (cuadro 5.4). En

2010 y en concordancia con el nivel de desarrollo del país, mientras en Argentina y Brasil existían 30 y 27 médicos por diez mil habitantes respectivamente, en Bolivia y Paraguay sólo se disponía de 5 y 8 médicos por diez mil habitantes respectivamente. (6,9).

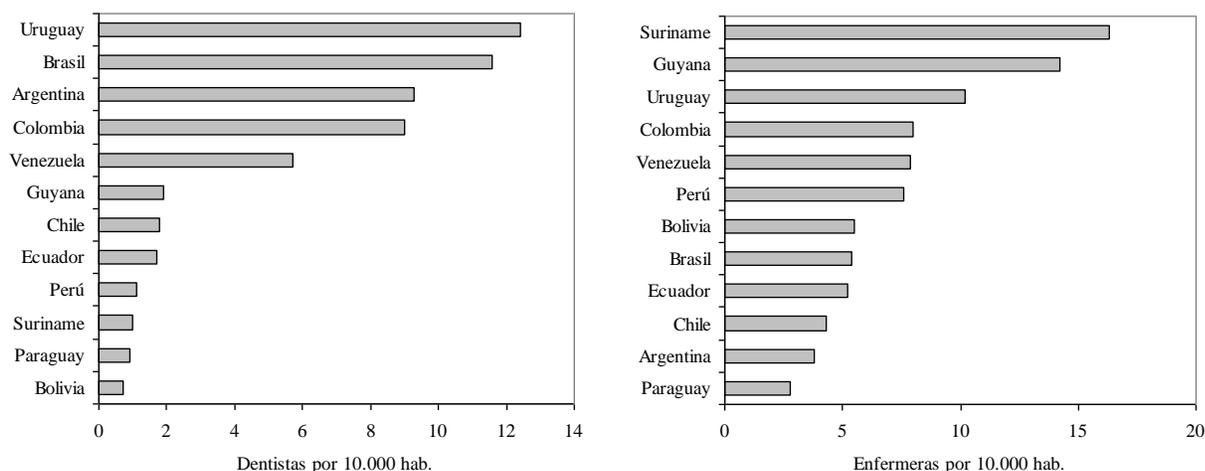
Las áreas urbanas tienen de 8 a 10 veces más disponibilidad de médicos por habitantes que las rurales. En las limitaciones de distribución del personal de salud influye la migración de profesionales dentro del territorio nacional (por ejemplo del sector público hacia el sector privado, o desde sectores rurales a urbanos) y la emigración hacia países que ofrecen mayores expectativas profesionales.

Un número importante de países de la Región no cuenta con los requerimientos de personal necesarios para tener una cobertura mínima (25 trabajadores de salud por 10.000 habitantes) (4,7,9).

Cuadro 5.4. Disponibilidad de médicos en países de Sudamérica en 1990, 2000 y 2010

País	1990		2000		2010	
	n Miles	Razón * 10.000 h.	n Miles	Razón * 10.000 h.	n Miles	Razón * 10.000 h.
Argentina	108,8	33,3	121,1	32,8	121,1	30,0
Bolivia	1,9	2,9	2,7	3,2	4,9	4,9
Brasil	308,0	20,6	423,8	24,3	527,6	27,1
Chile	6,1	4,6	18,2	11,8	23,5	13,7
Colombia	30,7	9,2	50,9	12,8	55,3	11,9
Ecuador	9,8	9,6	15,8	12,8	23,6	16,3
Guyana	0,3	4,1	0,3	3,8	0,5	6,6
Paraguay	2,8	6,6	4,9	9,2	5,2	8,1
Perú	16,4	7,6	30,0	11,6	48,9	16,8
Suriname	0,3	7,4	0,3	6,9	0,6	11,4
Uruguay	9,1	29,3	12,4	37,2	15,0	44,5
Venezuela	34,2	17,4	35,7	14,6	35,6	12,3
Sudamérica	528,4	17,9	715,9	20,6	861,8	22,0

Fuente: Bases de datos CEPALSTATS (consultado 28 febrero 2012), basada a su vez en múltiples fuentes de países y agencias (Incluyendo Observatorio Recursos Humanos de OPS).

Figura 5.2. Dentistas y enfermeras por 10.000 habitantes en países de Sudamérica, 2007

Fuente: OPS (2009). Indicadores Básicos de Salud OPS 2009 (11).

En 2007, se estimaba una disponibilidad de 8,5 dentistas por mil habitantes, aunque mientras en países como Uruguay Brasil alcanzaba a 12,4 y 11,6 dentistas por diez mil habitantes, este tipo de profesional sólo alcanzaba a 0,1 y en Guyana y 0,9 en Suriname y Paraguay respectivamente (figura 5.2) (11). En el caso de enfermeras profesionales, la disponibilidad es de 5,4 por diez mil habitantes en Sudamérica. Sin embargo, su variación es menos clara en relación al nivel de desarrollo global de los países.

Mientras en Suriname es de 16 enfermeras por diez mil habitantes, este profesional sólo alcanza a 3 por diez mil en Paraguay. Hay diversos tipos de enfermeras existentes en los países, desde una formación universitaria hasta enfermeras auxiliares e incluso empíricas, además, en algunos países también cubren obstetricia, mientras que en otros existen dos profesiones separadas (y hasta un tercer tipo simultáneo, con ambas funciones) (7,10).

Se estima que la mayoría de los países (especialmente en los lugares con mayor pobreza, necesidad y marginación) no cuentan con el personal necesario para alcanzar un nivel de cobertura suficiente, especialmente en las poblaciones donde el mercado privado no llega y por tanto dependen del apoyo de los sistemas públicos de salud, como en el caso de Paraguay (9,1), Bolivia (10,8) y Guyana (9,2). En el período 2000–2004 se verificaron aumentos importantes en la dotación de personal sanitario en algunos países: Bolivia aumentó su tasa un 120%, Paraguay 44% y Colombia 24%. Los médicos sobrepasan a los enfermeros en una relación de 5 a 1 en los países del MERCOSUR (7).

Las diversas limitaciones a las cuales está sujeto el personal de salud se acentúan por la migración de

profesionales dentro del territorio nacional (por ejemplo del sector público hacia el sector privado, o desde sectores rurales a urbanos) y la emigración a países que ofrecen mayores expectativas profesionales. A veces la migración es definitiva, al menos bajo las expectativas de quienes emigran, y en otras es temporal, como en la permanencia de médicos cubanos en Venezuela (4,7). En este último país, en 2007 había más de 25.000 cooperantes cubanos en el campo de la salud. En Chile, la migración de personal de salud del Ecuador, Perú y Colombia aporta contingentes de profesionales a los servicios municipales de atención primaria. La formación de los recursos humanos sigue usando modalidades tradicionales que incentivan escasamente el desarrollo de condiciones de liderazgo y creatividad. La planificación del recurso humano sigue siendo limitada (4,6).

Existen importantes experiencias de formación de equipos de salud de nivel primario, tales como los servicios sociales de pregrado, profesional y profesional especializado en Bolivia, Ecuador, Perú y Venezuela (donde se destinan médicos, enfermeros, obstetras y odontólogos para la atención de salud en zonas rurales y urbano-marginales), y el Programa de Salud de la Familia en el Brasil, que cuenta con equipos integrados por médicos, enfermeros y agentes comunitarios de salud (6).

La planificación de los requerimientos de recursos humanos sigue siendo deficitaria. En octubre del 2007, los Estados miembros de la Región de las Américas se comprometieron frente a 20 metas regionales sobre Recursos Humanos en Salud hacia 2015, lo que busca abordar los desafíos incluidos en la Acción de Toronto, en el área de políticas,

distribución, retención, y ambientes favorables al personal asistencial, así como la adecuación a las necesidades asistenciales de la población (10).

Medicamentos y tecnología en salud

El acceso a los medicamentos en los países de Sudamérica es bastante diverso. En general, los países ya están involucrados en el fortalecimiento de las Autoridades Nacionales de Regulación, la lista de medicamentos esenciales, el uso de medicamentos críticos gratuitos a grupos de población, el mejoramiento de regulación, producción y suministro de medicamentos, y el fomento del uso racional de medicamentos. Algunos países cuentan con organismos reguladores, como Brasil y Argentina, que están asumiendo un liderazgo reconocido en políticas farmacéuticas. Ecuador aprobó en 2000 una ley de genéricos bastante amplia para asegurar producción y acceso a medicamentos, obligando al uso de los fármacos más baratos en el sector público y que al menos 20% de la producción sea de genéricos.

Países como Bolivia, Chile, Perú y Uruguay han aumentado las compras públicas, aumentando así la disponibilidad de productos farmacéuticos (4,7).

Los países de Sudamérica poseen los instrumentos legales para la función de autorización y fiscalización

de los medicamentos, pero en la mayoría no se cuenta con un plan de desarrollo institucional. El cumplimiento de regulación de medicamentos es alto en la mayoría de países de Sudamérica, pero hay limitaciones en el monitoreo y el rol del sector privado (cuadro 5.5) (12). Los ministerios de salud son responsables del cumplimiento de la reglamentación farmacéutica y a su armonización. El sector privado, principalmente a través de la industria farmacéutica, es un actor relevante junto a la comunidad académica, las organizaciones de protección de consumidores y otros grupos de interés en el campo de los medicamentos y productos farmacéuticos (13).

El mercado de los medicamentos ha tenido un gran crecimiento a nivel mundial. En 2006, los países de Suramérica que lideraron las ventas fueron el Brasil (US\$ 8.150 millones) y la Argentina (US\$ 2.148 millones). En la Argentina, los productores nacionales ocupan la mitad del mercado (50% de los laboratorios), Chile ocupa 43%, Uruguay 26% y Brasil 25%. Ningún país se autoabastece por completo. En el Brasil los productos importados representan 19% del mercado, en la Argentina 30%, en el Perú 40%, 16 en el Uruguay 50% y en el Ecuador 80% (4,7).

Cuadro 5.5. Cumplimiento de regulación de medicamentos en países de Sudamérica. 2008

Área de política cubierta	Países	
	n	%
Autoridad nacional regulatoria (ANR)	12 de 12	100
Autorización de comercialización	11 de 12	92
Autorización para la fabricación de medicamentos	11 de 12	92
Autorización para la distribución de medicamentos	11 de 12	92
Legalización para autorización de importación y exportación	11 de 12	92
Monitoreo de RAM	8 de 12	67
Prescripción por genérico obligatoria en el sector privado	6 de 12	50
Sustitución genérica permitida en el sector privado	9 de 10	90
Sustitución genérica permitida en el sector público	10 de 10	100
Realización de inspecciones a establecimientos farmacéuticos	10 de 12	83
Requisitos para transparencia reguladora, responsabilidad y código de conducta	12 de 12	100

Nota: Áreas investigadas incluyen entre 10 y los 12 países de Sudamérica.

Fuente: OPS (2008), Overall pharmaceutical situation OMS, Level I_AMRO ANALYSIS_tables_sept2008. (OPS, 2008b)

Todos los países de Sudamérica cuentan con listados de medicamentos esenciales que se usan para orientar la adquisición en el sector público, pero no se han generalizado como opción de compra. En Argentina,

78% de las recetas incluyen el nombre genérico (4,6). La automedicación sigue siendo un problema, especialmente en el uso de antibióticos, lo que

contribuye de manera significativa a la resistencia a los antimicrobianos (6,13).

Dos tercios del financiamiento de los medicamentos en América Latina provienen del gasto de los hogares y solo un tercio de las otras dos fuentes. En Chile, las compras públicas se incrementaron con el Sistema AUGE (Acceso Universal con Garantías Explícitas) y rondan 30% del gasto total; en el Brasil, el Sistema Único de Salud (SUS) provee 25% del total de medicamentos que circulan en el país, en el Perú, representan 21% del financiamiento y en la Argentina se aproxima a 15% (3).

Los precios constituyen la principal barrera de acceso a los medicamentos esenciales. El acceso y uso efectivo de medicamentos depende en gran medida de los ingresos familiares y de la capacidad de gasto de los hogares. En varios países de Suramérica se han desarrollado políticas y estrategias para aumentar la disponibilidad y cobertura de medicamentos, como la

implementación de programas gratuitos para la población más necesitada. La totalidad de países tiene algún tipo de medicamentos gratuitos que aportan en forma gratuita para enfermedades prioritarias (como tuberculosis, malaria y sida), vacunas (programas ampliados de inmunizaciones), y grupos vulnerables de la población (materno infantil) (7).

El Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública y el Fondo Rotatorio del Programa Ampliado de Inmunización para la Compra de Vacunas para la adquisición de insumos han ayudado a reducir los costos de los medicamentos y los suministros para los Estados Miembros de la OPS/OMS por medio de la cooperación técnica para la planificación y el manejo de suministros, las compras mancomunadas y la negociación de los precios directamente con los fabricantes de productos farmacéuticos (18).

Cuadro 5.6. Cobertura de actividades asistenciales en países de Sudamérica, 2009 *

País	Cobertura atención (%)		Cobertura inmunización (%)				Mujeres % uso anticonceptivos
	Prenatal	Parto	DPT3	Polio3	BCG	Sar/SRP1	
Argentina	88,4	97,8	94,6	94,8	100,0	100,0	43,0
Bolivia	72,1	65,0	80,4	80,0	90,4	79,4	25,5
Brasil	89,5	98,9	96,0	97,3	100,0	97,8	87,2
Chile	95,6	99,8	92,0	92,0	96,0	93,0	64,0
Colombia	88,6	95,0	88,0	88,0	83,5	88,5	61,2
Ecuador	84,1	71,4	100,0	100,0	100,0	100,0	...
Guyana	94,8	95,8	95,0	95,0	98,0	95,0	43,0
Paraguay	67,8	93,1	76,0	76,0	74,2	76,7	79,4
Perú	92,2	94,7	92,5	92,1	95,3	93,9	74,4
Suriname	90,0	90,0	96,0	96,0	...	90,0	46,0
Uruguay	91,8	99,9	94,6	94,6	99,2	94,8	77,0
Venezuela	...	95,0	77,7	73,2	91,9	78,8	30,0
Sudamérica	82,1	95,8	92,5	92,8	96,1	94,3	68,2

Nota: * o último año disponible.

Fuente: Folleto OPS/OMS de Indicadores Básicos, Situación de Salud de las Américas 2011.

Provisión de servicios y cobertura asistencial

El modelo de atención y organización de los servicios predominante en los diversos países se advierte más en los sistemas asistenciales públicos, donde hay tendencia más clara a la existencia de redes asistenciales integradas, con base en la atención primaria de salud. La estrategia de atención primaria de salud – y los esfuerzos de renovación en que se han comprometidos los países del mundo – es crucial para progresar hacia el acceso universal y equitativo de la

atención de salud y se enfoca en la ampliación del ámbito de desarrollo de actividades de salud pública – bajo liderazgo de la Autoridad Sanitaria Nacional – para promover políticas públicas saludables a través de concertación interinstitucional a intersectorial, en conjunto con la comunidad (15,16). A pesar del énfasis en la atención primaria, aún se mantiene una tendencia al predominio del modelo curativo y de especialidad en la prestación de servicios de salud, que se encuentra centrado en los hospitales y en los cuidados individuales (4,15,16).

Las limitaciones de los servicios de salud y su interacción con la comunidad limitan el impacto esperado de los sistemas de salud en preservar, prevenir y mejorar la salud de la población: promoción de salud, programa ampliado de inmunizaciones, atención del ciclo de vida, con énfasis en aspectos materno-infantiles. Así mismo, dada la doble inequidad de que tiende a haber menos recursos y provisión de servicios donde más se necesitan, las limitaciones en la atención primaria hacen que el sistema de salud sea infructuoso en mejorar la equidad en salud y en la atención de salud. Las reformas que llevan a la descentralización no coordinada de la red de servicios y a la búsqueda competitiva de eficiencia (cuasi-mercados) han estado relacionadas con dificultades para mejorar la equidad y disminuir los eventos de salud que se presentan en exceso en países y áreas pobres y que son altamente evitables (2,4,15,16).

A pesar de los logros alcanzados, la meta propuesta de "Salud para Todos" (donde la atención primaria de salud cumplía un rol central), no se cumplió en las Américas en el año 2000. La agenda allí formulada aún está inconclusa. En varios países se ha impulsado un "proceso de renovación" de la atención primaria de salud, en línea con planteamientos de la OPS/OMS en 2005 y de la OMS en 2008, ratificado por los países del mundo. El fortalecimiento de esta estrategia puede contribuir de modo más efectivo al cumplimiento de los ODM (15,16).

Sólo en la mitad de los países, la cobertura de vacunas básicas (DPT3, Polio 3 y BCG) ha llegado a ser universal o casi universal (sobre 95%); entre los países en que hay mayor limitación, como Venezuela, Paraguay y Bolivia (cuadro 5.6) (17). Aún en países con alta cobertura, es posible que las limitaciones de cobertura se produzcan en áreas con mayor pobreza, necesidad y ruralidad, y menores oportunidades de acceso. Aunque se ha logrado prácticamente cobertura universal del parto en la mitad de los países, se mantienen las limitaciones a la atención de salud materna en países y lugares de menor desarrollo. La cobertura registrada de uso de anticonceptivos es más limitada, con 68,2% en Sudamérica, aunque hay una gran fluctuación a nivel de países, pues en Brasil alcanza a 87,2% pero en Bolivia y Venezuela sólo se registra 25,5% y 30,0%, respectivamente (17).

Referencias

1. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2006) Mesa-Lago C. *Reformas de Sistemas de Salud de América Latina y el Caribe* CEPAL: su impacto en los principios de la seguridad social. CEPAL: Santiago, Disponible en www.eclac.org. Acceso en marzo de 2012
2. Cruces G. (2006) Protección social y sistemas de salud. Los sistemas de salud y de protección social frente a los nuevos escenarios epidemiológicos y demográficos, en Reunión de Expertos sobre Población y Pobreza en América Latina y el Caribe, Capítulo III p. 77-111 CEPAL: Santiago de Chile
3. Giedión U., Villar M. y Ávila A, (2010) Los sistemas de salud en Latinoamérica y el papel del seguro privado. Instituto de Ciencias del Seguro, Fundación MAPFRE: Madrid. Disponible en www.fundacionmapfre/cienciasdelseguro.com, Acceso en marzo de 2012
4. Organización Panamericana de la Salud (2007) Salud en las Américas 2007. Volumen Regional. OPS. Washington DC. Disponible en: www.paho.org/hia/SAvol11esp.zip Acceso en febrero de 2012.
5. Organización Panamericana de la Salud (2007) Agenda de Salud en las Américas 2008-2017. OPS/OMS: WDC. Disponible en www.paho.org
6. Organización Panamericana de la Salud (2012) Salud en las Américas 2012, Informes de país, OPS: WDC
7. Organización Panamericana de la Salud, Oficina en Chile (2009) Salud en Sudamérica 2008. OPS, Oficina en Chile: Santiago. Disponible en www.new.paho.org/chi/ Acceso en marzo de 2012
8. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2011), Panorama Social de América Latina y el Caribe 2011. CEPAL: Santiago de Chile. Disponible en www.eclac.org. Acceso en marzo de 2012
9. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2012), CEPALSTATS, Base de Datos interactiva de Estadísticas de América Latina y el Caribe, Disponible en <http://websie.eclac.cl/sisgen/ConsultaIntegrada.asp>, Acceso en junio de 2012
10. Organización Panamericana de la Salud (2009) Monitoreo de las metas regionales de RHUS en la Subregión Andina Observatorio Andino de Recursos Humanos.

11. Organización Panamericana de la Salud (2009) Situación de Salud en las Américas. Indicadores Básicos 2009, OPS: WDC, Disponible en www.paho.org. Acceso en junio de 2012
12. Organización Panamericana de la Salud (2008), Overall Pharmaceutical Situation Database, WHO, citada en Organización Panamericana de la Salud, Oficina en Chile (2009) Salud en Sudamérica 2008. OPS, Oficina en Chile: Santiago. Disponible en www.new.paho.org/chi/ Acceso en marzo de 2012
13. Organización Panamericana de la Salud (2006), Revisión de Funciones de Organismo Regulador de Medicamentos. Documento de trabajo THR, OPS: WDC
14. Organización Panamericana de la Salud (2002) Promoción del Uso Racional de Medicamentos, Sep. 2002, OMS
15. Organización Mundial de la Salud (2008), La atención primaria de salud. Más necesaria que nunca. OMS: Ginebra, www.who.int
16. Organización Panamericana de la Salud (2009). Informe de la Directora 2009. Avances en torno a la atención primaria de la salud en las Américas, OPS/OMS: WDC. Disponible en www.paho.org
17. Organización Panamericana de la Salud (2011) Situación de Salud en las Américas. Indicadores Básicos 2011, OPS: WDC, Disponible en www.paho.org. Acceso en junio de 2012
18. Organización Panamericana de la Salud (2011). Informe Anual del Directora 2011. La salud y los Objetivos de Desarrollo del Milenio: del compromiso a la acción, Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS: WDC. Disponible en www.paho.org

6. CONOCIMIENTO, TECNOLOGÍA E INFORMACIÓN

El conocimiento, tecnología e información aplicados al campo de la salud constituye un instrumento actualmente muy importante para las políticas y toma de decisiones en el sector salud. En este capítulo se destaca el avance en las bibliotecas virtuales en salud, la telesalud, el uso de redes sociales, la enseñanza virtual a distancia y la investigación en salud

Uso de tecnología de información

El desarrollo e incorporación de tecnología aplicada a salud ha permitido aumentar la capacidad y eficiencia para el manejo y difusión de la información y conocimiento, en apoyo de todo el quehacer del sector salud, desde la labor clínica asistencial hasta el desarrollo de políticas y tomas de decisiones basadas en la evidencia. Sin embargo, se mantienen brechas digitales e inequidades de acceso en un campo de alta sofisticación y costo. En los países de Sudamérica, destacan algunas iniciativas que están contribuyendo al mejor conocimiento y comunicación en materias relevantes de salud. Se han elaborado diversos sistemas nacionales de información de salud en red, con distinto grado de desarrollo y automatización de la información

y comunicación. Uno de los pilares de dichas redes lo constituye la plataforma informática y los mecanismos que permiten el manejo y difusión de la información y conocimiento.

Existe una gran potencialidad para adquirir, implementar y utilizar los mecanismos y tecnologías que permitan manejar y compartir la información y conocimiento. Sin embargo en práctica, hay limitaciones de tipo financiero, estructural, cultural y organizacional. Por ello, el progreso en tecnología y gestión del conocimiento sólo resulta parcial, desigual y paulatino, llevando a que en Sudamérica – de un modo similar a otras subregiones de las Américas – hay gran diversidad y desigualdad entre los países y al interior de ellos.

Figura 6.1 Cobertura de acceso a teléfonos e Internet en países de Latinoamérica hasta 2010

País	Líneas de teléfono fijo cada 100 habitantes		Abonados a celulares cada 100 habitantes		Usuarios de internet cada 100 habitantes	
	1990/1992	2010	2000	2010	2000	2010
Argentina	9,3	24,7	17,6	141,8	7,1	36,0
Bolivia	2,7	8,5	7,0	72,3	1,4	20,0
Brasil	6,3	21,6	13,3	104,1	2,9	40,7
Chile	6,6	20,2	22,1	116,0	16,5	45,0
Colombia	6,9	14,7	5,4	93,8	2,1	36,5
Ecuador	4,8	14,4	3,9	102,2	1,5	24,0
Paraguay	2,7	6,3	15,0	91,6	0,7	23,6
Perú	2,6	10,9	4,9	100,1	3,1	34,3
Uruguay	13,4	28,6	12,3	131,7	10,5	43,4
Venezuela	7,5	24,4	22,3	96,2	3,4	3,4
Sudamérica	6,3	19,6	12,7	105,2	3,8	35,1

Fuente: CEPAL 2011 (1).

Las condiciones de uso de informática y conectividad han tenido un gran desarrollo en todos los países de Sudamérica (Cuadro 6.1). Entre 1990-1992 y 2010, las líneas de teléfono fijo aumentaron en tres veces, hasta representar 19,2 líneas por 100 habitantes. Los abonados a celulares aumentaron 8 veces, hasta superar la cantidad de habitantes (105,2 por cada 100

habitantes) y los usuarios de Internet aumentaron casi 10 veces, hasta alcanzar a 35,2 usuarios de Internet por cada 100 habitantes (1). En 2010, mientras en Chile se registraba 45,0 usuarios, en Venezuela se registraba sólo 3,5 usuarios por 100 habitantes. Es probable que al interior de los países haya gran fluctuación entre lugares

urbanos y rurales, especialmente los aislados, y entre diversos grupos de ingreso económico.

Cibersalud

Con el fin de apoyar este desarrollo, OMS aprobó en 2005 la estrategia llamada Cibersalud o Internet, que busca la utilización costo-eficaz y segura de la tecnología de información y comunicación en apoyo del conocimiento en salud, incluyendo aspectos relevantes como gestión y funcionamiento de servicios de salud, vigilancia, educación e investigación (2). En esta misma línea, el 51° Consejo Directivo de OPS aprobó en 2011 la estrategia y Plan de Acción sobre eSalud, con el objetivo de contribuir a mejorar la calidad y acceso a servicios de salud, mediante el uso de la tecnología de información y comunicaciones, favoreciendo un mejor acceso de las personas a la información de salud. (3).

Entre los componentes incluidos en la Estrategia de eSalud destacan:

- Registro médico electrónico (historia o ficha clínica electrónica)
- Telesalud: uso de tecnología de información y comunicación para la prestación de servicios de salud (incluye telemedicina)
- mSalud: apoyo de dispositivos móviles, como fonos celulares, para el ejercicio de la medicina y salud pública
- eLearning: apoyo a la formación o aprendizaje a distancia
- Educación continua en tecnología de información y comunicación
- Estandarización e interoperabilidad para el intercambio y uso de datos en forma eficaz, precisa y sólida.

Distintas encuestas realizadas por CEPAL y OPS entre 2010 y 2011 indican en forma sistemática, que la mayoría de países han establecido a eSalud como una prioridad en la agenda nacional, con formulación de políticas o estrategias al respecto, y que la mayor parte de países se encuentran realizando inversiones en tecnología de información y comunicación (3). En los países de Sudamérica también se ha producido una serie de experiencias e instrumentos que han permitido redes de bibliotecas virtuales en salud, enseñanza virtual a distancia, sistemas de Intranet e Internet que contribuyen a la difusión de temas de salud, incluyendo videos y conferencias virtuales, con comunicación múltiple directa.

En el período 2006 a 2010, los países de Sudamérica desarrollaron, o continuaron con el desarrollo, de las diversas iniciativas relacionadas con el uso de tecnología en información y comunicación

en el campo de la salud. Destacan la Biblioteca Virtual de Salud, el uso de cursos en línea relacionados con salud y con salud pública y la configuración de nodos nacionales del campus de salud pública, mayor inversión en investigación y desarrollo, la iniciativa EVIPNET, e iniciativas de conectividad (3,4).

Biblioteca Virtual en Salud

La Biblioteca Virtual en Salud (BVS) es una iniciativa liderada y promovida por la Biblioteca Regional de Medicina (BIREME/OPS) que ha permitido el establecimiento de redes nacionales de bibliotecas en la mayoría de países, y contribuye a producir, difundir y usar información científica y técnica en sus sistemas de investigación, enseñanza, promoción y atención en salud. Cuentan con Portales que son sitios Web que reúnen, organizan, ofrecen acceso y diseminan información científica y técnica en salud (5).

La Biblioteca Virtual en Salud incluye fuentes de información muy relevantes en las ciencias de la salud y salud pública de los países (5):

Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS). Es un índice bibliográfico de la literatura en ciencias de la salud, publicada en los países de América Latina y el Caribe, desde 1982. Se trata de un producto cooperativo de la Red BVS. En cuanto a la producción de artículos de revistas registrada en LILACS, Brasil representa 69,1% de lo producido en América Latina y el Caribe, seguido por Chile, Colombia y Argentina con 6,6%; 6,0% y 5,9 % respectivamente.

Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud (IBECS). Es producido por la Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud del Instituto de Salud Carlos III del Ministerio de Sanidad y Consumo de España y contiene referencias de artículos de revistas científico sanitarias editadas en España con relevancia en salud y salud pública.

Literatura Internacional en Ciencias de la Salud (MEDLINE). Es una base de datos de la literatura internacional del área médica y biomédica, producida por NLM (National Library of Medicine, EUA) y que contiene referencias bibliográficas y resúmenes de más de 5.000 títulos de revistas publicadas en los Estados Unidos y en otros 70 países. Contiene referencias de artículos publicados desde 1966 hasta el momento, que cubren las áreas de: medicina, biomedicina, enfermería, odontología, veterinaria y ciencias afines. La actualización de la base de datos es mensual.

La Biblioteca Cochrane. Consiste en una colección de fuentes de información actualizada sobre medicina basada en evidencia, incluyendo la Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas - que son

revisiones preparadas por los Grupos de la Colaboración Cochrane. El acceso al Biblioteca Cochrane a través de BVS está disponible a los países de América Latina y el Caribe, exclusivamente.

Librería Científica Electrónica en Línea (SciELO - Scientific Electronic Library Online). Como ejemplo y en el tema de salud pública, la producción de Brasil fue de 83,4% de los artículos publicados en el periodo 2006-2010, seguido por Colombia, Argentina y Chile (6,1%, 2,6% y 1,2%, respectivamente).

Telesalud

Brasil, México, Panamá y Perú ya cuentan con una política de telemedicina entre sus políticas en salud durante estos últimos cinco años. Además, Argentina, Brasil, Canadá, Colombia y Panamá cuentan con una legislación que asegura la confidencialidad de los datos de carácter personal, además de disponer de un

conjunto de normas que protege específicamente la identificación personal en la historia clínica electrónica (3).

Entre 2006 y 2010, algunos países de la región – como Argentina, Brasil, Colombia, Paraguay y Perú – han desarrollado iniciativas en materia de el uso de aparatos móviles (mSalud) que han mejorado la cobertura y tiempo de recolección de datos y calidad de los datos. Constituyen iniciativas promisorias aunque hay limitaciones para una mayor aplicación, incluyendo el conocimiento para su aplicación y expansión, y el costo beneficio observado en las iniciativas utilizadas hasta el momento. Los servicios más consolidados durante este período son: el establecimiento de centros de llamadas, teléfono gratuito de emergencias, telemedicina móvil, recordatorio de citas médicas, movilización de la comunidad y envío de información (3,4).

Cuadro 6.2. Posición de sitios más visitados en Internet de la Web 2.0, febrero de 2001

País	Facebook N°	Youtube N°	Blogger N°	Wikipedia N°	Twitter N°
Argentina	1	4	...	11	12
Bolivia	1	5	6	10	...
Brazil	8	4	9	17	14
Chile	2	3	6	11	14
Colombia	1	4	8	9	10
Ecuador	1	5	8	9	11
Paraguay	1	4	7	12	15
Peru	2	4	6	9	13
Uruguay	1	4	6	11	14
Venezuela	1	5	7	10	11

Nota: Guyana y Suriname sin información.

Fuente: OPS (2011) Uso de las redes sociales en la OPS (6).

Uso de redes sociales

Dado el acceso y uso masivo de medios de comunicación virtual por parte de la población en Sudamérica, las estrategias de difusión de información y conocimiento, así como labores de abogacía de los principales temas de salud y de salud pública, están teniendo un explosivo aumento del uso institucional de redes sociales virtuales. El impacto de redes sociales como Facebook, Twitter o LinkedIn es cada vez más fuerte en Sudamérica, al igual que en otras subregiones de las Américas. Argentina, Colombia, Brasil y Chile son países que destacan por la frecuencia de uso de Facebook. En 2010 en Latinoamérica, según datos de

un estudio global sobre el comportamiento online de los usuarios, destaca que el tiempo promedio gastado semanalmente en redes sociales es de 5.2 horas semanales, frente a 4 horas que se invierten en el e-mail (6).

En un estudio de la Consultora comScore (Oct. 2010) se encontró que en Latinoamérica hay gran aumento en uso de Internet (23% sólo entre 2009 y 2010) y que los servicios más utilizados son para búsqueda de información, uso de redes sociales, y consulta de correo electrónico. En los países de Sudamérica, Facebook es uno de los sitios más visitados por los usuarios (al más visitado, en la mayoría de ellos), luego Youtube, Blogger, Wikipedia y Twitter (Cuadro 6.2) (6)

Enseñanza virtual a distancia

En las encuestas que la OPS ha realizado a países (7) respecto a la enseñanza virtual a distancia, destaca una serie de limitaciones a su mayor uso, como falta de políticas y estrategias de apoyo, infraestructura, baja difusión de alternativas posibles de usar y desconocimiento que impide demandar con más frecuencia sobre esta modalidad de educación virtual.

La iniciativa de enseñanza virtual promueve el desarrollo de competencias del personal de servicios de salud en las Américas – con liderazgo y coordinación de OPS - siendo una de las principales herramientas para la transformación de las prácticas de salud vigentes y del comportamiento institucional. Una herramienta activamente promovida por OPS es el Campus Virtual de Salud Pública (CVSP), cuyas redes nacionales ya alcanzan a la mayoría de países, y se enfoca principalmente en temas de salud pública. Sin embargo, la experiencia e infraestructura que se usa y promueve, les convierte en referentes empíricos para orientar la realización de cursos en otros temas específicos relacionados con las ciencias de la salud y la provisión de servicios asistenciales.

Investigación en salud

Argentina, Brasil, Ecuador, Panamá, Paraguay, Perú y Venezuela refieren haber establecido prioridades en investigación en salud, y se cuenta con diversos tipos de avances en investigación en salud, incluyendo el desarrollo de políticas o agendas nacionales de investigación, instituciones nacionales dedicadas al tema, y la búsqueda de trabajo en red intersectorial. En general, también se cuenta con comisiones nacionales de ética o elementos normativos de protección de la investigación de salud en humanos (Comisiones Nacionales Éticas) (4,8).

Hay países como Brasil, Ecuador y Uruguay que destacan por haber aumentado su gasto en investigación, aunque el presupuesto se mantiene limitado (bajo la meta de llegar al 2% del PIB).

En 2007, OMS lanzó la iniciativa de Evidence Based Policy Network (EVIPNet), que es un mecanismo innovador concebido para promover el uso sistemático de investigaciones sanitarias de la más alta calidad (evidencias), estableciendo redes para políticas fundamentadas en evidencias. Con ello se busca apoyar la formulación de políticas sanitarias, especialmente en

los países de ingresos bajos y medianos. Esta iniciativa ha sido activamente asumida por OPS para las Américas, bajo la orientación del Comité Asesor de Investigación en Salud (CAIS) (8).

Algunos países, como Brasil, Paraguay y Chile, elaboran resúmenes de evidencia para apoyo de políticas, foros y guías de práctica para desarrollar estos instrumentos que ayudan a aportar información para la gestión y acción en el sector salud de los países. En 2010 Brasil, y Paraguay finalizaron sus síntesis de evidencias para EVIPNet.

Referencias

1. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2011), Panorama Social de América Latina y el Caribe 2011. CEPAL: Santiago de Chile. Disponible en www.eclac.org. Acceso en marzo de 2012
2. Organización Mundial de la Salud (2005) *Cibersalud (Internet)*. Documento presentado al 51a Asamblea Mundial de la Salud. WHA28.18, mayo de 2005, Acceso en junio de 2012.
3. Organización Panamericana de la Salud (2011) *Estrategia y Plan de Acción sobre eSalud*. Documento presentado al 51° Consejo Directivo de OPS. CD51/13, septiembre de 2001 OPS: WDC
4. Organización Panamericana de la Salud (2012) Salud en las Américas 2012, Informes de país, OPS: WDC
5. Organización Panamericana de la Salud (2012) Biblioteca Virtual de Salud. Disponible en: <http://regional.bvsalud.org>. Acceso junio de 2012
6. Organización Panamericana de la Salud (2011b) *Uso de redes sociales en la Organización panamericana de la Salud y su beneficio en salud pública* Borrador 4 marzo 2011. Área KMC, OPS/OMS. Disponible en: http://new.paho.org/blogs/kmc/wp-content/uploads/2011/02/RedesSocialesOPS_04032011.pdf Acceso en junio de 2012
7. Organización Panamericana de la Salud (2012b) Campus Virtual de Salud Pública. Disponible en: <http://www.campusvirtualsp.org>. Acceso en junio de 2012
8. Organización Mundial de la Salud (2008), *Redes para políticas fundamentadas en evidencias (EVIPNet) Informe de avances* Documento de la 42° Reunión del comité Asesor de Investigaciones en Salud, Río de Janeiro, Brasil, 13-15 de abril de 2008. Disponible en EVIPNET@paho.org. Acceso en mayo de 2012

7. COOPERACIÓN INTERNACIONAL Y ABORDAJE SUBREGIONAL

En este capítulo se presenta la cooperación internacional y el abordaje subregional en agendas de salud, que permite asistir en los esfuerzos del sector de salud de los países de Sudamérica, con diversos beneficios para los países receptores de cooperación, y para los países participantes de las diversas alianzas y agendas de acción conjunta en salud.

Introducción

La cooperación internacional en salud, ya sea financiera o técnica busca principalmente apoyar la construcción de capacidades individuales y colectivas a través del intercambio de conocimientos, habilidades, recursos y tecnologías, con prioridad en áreas de salud pública tales como el control de enfermedades, el manejo de riesgos, la salud ambiental, la salud familiar y comunitaria, los servicios de salud, las emergencias y desastres, y la ayuda humanitaria.

La cooperación internacional en salud en los países de Sudamérica tiene distintas modalidades, entre las cuales destacan la cooperación bilateral, la horizontal, las alianzas y las agendas de salud de los bloques de integración. El abordaje subregional y el trabajo en alianzas permiten la adopción de estrategias y esfuerzos conjuntos en temas que son comunes a los países miembros de cada bloque de integración y que se benefician de la acción conjunta.

Cooperación internacional

La asistencia oficial para el desarrollo en salud en Sudamérica ha cambiado paulatinamente en las últimas décadas, por cambios en las finanzas de los donantes, necesidades de los receptores, y la modalidad de adjudicación de la asistencia (que prioriza según renta media de cada país candidato a recibir cooperación) (1). La cooperación internacional en salud tiende a ser adjudicada a países con menor desarrollo socioeconómico y con menor capacidad para resolver en forma autónoma sus problemas prioritarios de salud. Varios países, al mejorar sus condiciones de desarrollo, como el caso de Chile, Argentina y Uruguay, en general han dejado de ser países receptores prioritarios de asistencia y están adquiriendo condiciones para compartir o incluso aportar tanto experiencia como financiamiento (1,2).

También se ha adoptado la estrategia de cooperación horizontal, destacando la Cooperación Técnica entre Países (CTP), que propicia OPS/OMS. Es esencialmente un proceso por el cual dos o más países trabajan juntos y comparten experiencias y capacidades técnicas mutuas así como recursos, y utilizan el asesoramiento y apoyo financiero de fuentes externas, cuando es necesario (1-4).

Como parte de sus misión, la OPS/OMS ha contribuye con el aporte, movilización de recursos o abogacía por la cooperación internacional en los países de Sudamérica. En el bienio 2009-2010, destacaron los siguientes temas prioritarios de la cooperación técnica internacional (5):

- Capacidad institucional y manejo financiero para enfrentar la crisis financiera internacional (Brasil, Colombia, Ecuador y Venezuela)
- Seguridad alimentaria y nutricional de los niños (Bolivia, Brasil, Colombia, Paraguay y Perú)
- Inocuidad de alimentos (Argentina, Chile y Paraguay)
- Salud de los trabajadores (Colombia y Ecuador)
- Entornos saludables (Argentina, Chile y Ecuador)
- Control de tabaco (Colombia, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela)
- Respuesta a desastres (Chile)
- Plan de hospitales seguros (Argentina, Bolivia, Ecuador y Perú)
- Violencia (de género y otras) (Ecuador, Colombia, Paraguay y Uruguay)
- Salud mental (Argentina y Chile)
- Seguridad vial (Argentina Brasil y Colombia)
- Protección social (Bolivia, Colombia y Uruguay)
- Seguridad sanitaria y Reglamento Sanitario internacional (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú y Uruguay)
- Pandemia de gripe por influenza A (H1N1) de 2009 (Bolivia, Chile y Paraguay)
- Enfermedades desatendidas (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Paraguay, Perú y Venezuela)

- Maternidad segura, y Alianza para madre, recién nacido y niño (Bolivia, Chile, Ecuador y Paraguay)
- Voces, rostros y lugares (Argentina, Bolivia, Ecuador y Perú) (5).

En relación a disminución de fondos de donantes, y a la emergencia económica de países de Sudamérica, ha disminuido la asistencia oficial para el desarrollo. Sin embargo, se han establecido diversas alianzas, asociaciones e iniciativas conjuntas en salud. En 2010, destacaban la Alianza de Salud Neonatal para América Latina y el Caribe, el Grupo de Trabajo Regional para

la Reducción de la Mortalidad Materna (GTR), la Iniciativa para una Maternidad Segura, y la Alianza Panamericana por la Nutrición y el Desarrollo (4).

Estas alianzas y otras similares de múltiples socios, sean de entidades de las Naciones Unidas u otras, representan un beneficio mutuo de trabajo conjunto y facilitan el acceso cooperativo a fuentes de financiamiento internacionales, destacando la Alianza GAVI, el Fondo para el Logro de los ODM, de España, y el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria (4).

Cuadro 7.1. Temas prioritarios incluidos en agendas y planes de salud subregionales de Sudamérica, 2010

Área temática	Área incluida (X) en agenda de salud de bloque de integración						
	UNASUR	CAN	MERCOSUR	OTCA	ALBA	CARICOM	ALADI AMERICA
Vigilancia y respuesta en salud	X	X	X				X
Enfermedades transmisibles	X	X	X			X	X
Enfermedades crónicas no transmisibles						X	X
Salud familiar y comunitaria			X			X	X
Alimentos y nutrición	X					X	X
Autoridad sanitaria nacional							X
Desarrollo sostenible				X			X
Promoción y determinantes sociales	X	X	X			X	X
Conocimientos, ciencia y tecnología			X			X	X
Seguridad sanitaria, desastres	X	X				X	X
Salud del ambiente	X			X		X	X
Inequidades en salud, fronteras	X	X	X				X
Riesgos y carga de enfermedad						X	X
Políticas y sistemas de salud	X	X				X	X
Protección social y acceso a serv. salud	X	X	X	X			X
Recursos humanos en salud	X	X				X	X
Medicamentos	X	X	X		X	X	X
Tecnología sanitaria			X				X

Fuentes: Plan Quinquenal 2010-2015 de UNASUR SALUD; Plan 2008-2012 de CAN; Proyectos y SGT de MERCOSUR Salud; Proyectos ALBA; Proyectos OTCA; Caribbean Cooperation in Health III, CARICOM; Agenda de Salud de las Américas 2008-2017 (7-15).

Abordaje subregional y agendas de salud

En Sudamérica existen múltiples agendas simultáneas de salud: nacionales, binacionales, subregionales que son relacionadas con cooperación entre países o de organismos de integración (CAN, MERCOSUR, OTCA) y UNASUR Salud). Además, a nivel continental se cuenta con la Agenda de Salud de las Américas 2008-2017 y a nivel mundial está la Agenda de Salud de la OMS, además de más de un centenar de Alianzas Globales en Salud. Este conjunto de agendas - a distintos niveles - en general tiene un alto grado de

similitud en los temas cubiertos, por lo cual tiende a haber superposición y complementariedad en su área y rango de acción. Sin embargo, cada tipo y nivel de agenda tiene una cierta especificidad y autonomía de objetivos y beneficios esperados, pero hay cierta sobreposición en los temas prioritarios que tienden a ser cubiertos por las distintas agendas existentes (Cuadro 7.1), que se sintetiza, para cada agenda, en el Anexo 2 (6).

La Comunidad Andina de Naciones (CAN) define la integración en el sector salud a través de una agenda que tiene como órgano Directivo máximo a las

Reuniones de Ministros de Salud del Área Andina (REMSAA) y cuya secretaría técnica es el Convenio Hipólito Unanue (Organismo Andino en Salud u ORAS-CONHU). Este último apoya la implementación de los acuerdos de los Ministros de Salud del Área Andina (7). En el marco de la REMSAA ha habido avances en materia de acceso a medicamentos, como el proceso de negociación conjunta de medicamentos contra el VIH/sida. En relación a la salud en las fronteras, el ORAS-CONHU está implementando el Plan Andino de Salud en Fronteras (PASAFRO) así como el Proyecto PAMAFRO (Control de la Malaria en las Zonas Fronterizas de la Región Andina con base comunitaria) para reducir la malaria en las zonas fronterizas de mayor incidencia en la subregión (7).

Las líneas de acción de las cinco áreas estratégicas aprobadas por las Ministras y Ministros de Salud, que desarrolla el Organismo Andino de Salud son:

1. Área de Integración en Salud: Agenda de Integración; Programa Andino de Salud en Fronteras (PASAFRO), Proyecto de Control de la Malaria en zonas fronterizas (PAMAFRO).
2. Área de Vigilancia Epidemiológica y Salud Ambiental, Vigilancia Epidemiológica, Salud Ambiental y Agua, Emergencias y Desastres.
3. Área de Política de Medicamentos y Tecnología en Salud: Política y Acceso a medicamentos y biológicos, Tecnología en Salud.
4. Área de Recursos Humanos: Recursos Humanos en Salud, Economía y Salud,
5. Área de Promoción y Protección de la Salud: Lucha contra el Tabaquismo, Salud Intercultural, VIH/sida, Prevención de Embarazo en Adolescentes, Erradicación de la Malnutrición Infantil, Salud de los Trabajadores (7).

Las Reuniones de Ministros de Salud del MERCOSUR y Estados Asociados (RMSMEA) se ocupan de la armonización de las políticas de salud, mientras que el Subgrupo de trabajo (SGT) No 11 enfocado a salud trabaja sobre la armonización normativa. Además, otros subgrupos de trabajo enfocados en Agricultura y Ambiente (SGT No 6 y 8 respectivamente) también incluyen temas que se relacionan con salud, e incluso salud es un tema abordado de un modo u otro en otros grupos de trabajo como el de MERCOSUR Educación (8).

En las prioridades de acción en salud de MERCOSUR, se busca dar continuidad a los esfuerzos de armonización de la normativa para la libre

circulación de productos para la salud. Se busca además mejorar el desempeño de las autoridades regulatorias y la armonización de normativas, incluyendo la identificación de los aspectos vinculados a las buenas prácticas de fabricación y control en farmacéutica y farmoquímica, sangre y hemoderivados, productos médicos, en productos químicos de uso doméstico, sistemas de información y análisis de información epidemiológica y evaluación de tecnologías, entre otros temas, entre los que se cuentan acceso a comunicación oportuna; donación y trasplante de órganos, tejidos y células; adopción e implementación del Reglamento Sanitario Internacional; sistema de vigilancia en salud (dengue y otras enfermedades); fortalecimiento de la situación de salud de las poblaciones fronterizas; política integrada para la epidemia de VIH e ITS; salud sexual y reproductiva; política integrada para el control del tabaquismo; vigilancia de desastres naturales y accidentes con productos peligrosos; política de salud ambiental y del trabajador; investigación en salud pública; equidad en acceso al conocimiento como un bien público regional en salud en el MERCOSUR (8).

La RMSMEA cuenta con grupos técnicos encargados de analizar y revisar propuestas que luego son puestas a consideración de los Ministros de Salud. Estos son núcleos de articulación, comisiones intergubernamentales y grupos ad hoc (8). El SGT 11 incluye tres comisiones específicas:

- Comisión de Productos para la Salud (que cubre productos sicotrópicos y estupefacientes; sangre y hemoderivados; productos médicos; cosméticos sanitarios domésticos;
- Comisión de Servicios de Atención a la Salud (desarrollo y ejercicio profesional; evaluación y uso de las tecnologías en servicios de salud)
- Comisión de Vigilancia en Salud (enfermedades no transmisibles)

La Organización del Tratado de Cooperación Amazónica (OTCA) fue creada en 1978 con el fin de promover acciones conjuntas para el desarrollo armónico de la Cuenca Amazónica, con un compromiso común con la preservación del medio ambiente y la utilización racional de los recursos naturales de la Amazonía, promovido en consonancia con los principios del desarrollo sostenible (7). A diferencia de CAN y MERCOSUR, OTCA tiene objetivos más específicos, por lo cual su naturaleza y conformación es distinta. OTCA funciona a través de

Comisiones, una de las cuales es la Comisión Especial de Salud de la Amazonía (CESAM), con la cual la OPS/OMS ha venido colaborando desde 2001, que tiene por objeto promover el desarrollo sostenible de los respectivos territorios amazónicos de los Estados signatarios, de manera que esas acciones conjuntas produzcan resultados equitativos y mutuamente provechosos; así como la preservación del medio ambiente y la preservación y utilización racional de los recursos naturales de esos territorios (9).

OTCA cuenta con una agenda de cooperación técnica que se sustenta en un Acuerdo Marco entre OTCA y OPS que puede incluir, entre otras, una serie de áreas relevantes (9):

- Desarrollo de capacidades institucionales de la OTCA y fortalecimiento de las comisiones relacionadas con salud y ambiente;
- Salud ambiental, incluyendo manejo de los recursos hídricos de la cuenca transfronteriza del río Amazonas;
- Enfermedades transmisibles, con énfasis en la malaria y la red de vigilancia epidemiológica;
- Desarrollo sostenible de los territorios de la amazonía.
- Mejoramiento de la calidad de vida y acceso a los servicios de salud de las poblaciones amazónicas.

La agenda de Salud de UNASUR

El Consejo de Salud Suramericano (UNASUR Salud) es una instancia permanente formada por los Ministros y Ministras de Salud de la UNASUR, y que tiene como objetivo general “consolidar Sudamérica como un espacio de integración en salud que contribuya a la Salud para Todos y al desarrollo, incorporando e integrando los esfuerzos y logros subregionales de MERCOSUR, ORAS CONHU, y OTCA” (10).

En marzo de 2010, se aprobó el Plan Quinquenal 2010-2015 de UNASUR SALUD (11), que incluye 5 áreas que persiguen objetivos estratégicos específicos y cuentan con resultados esperados definidos:

1. Red Suramericana de Vigilancia y Respuesta en Salud. Su objetivo estratégico es establecer una red de vigilancia epidemiológica y control de enfermedades transmisibles, no transmisibles y eventos de salud pública. Sus resultados esperados son:

- Selección de indicadores de riesgo, morbilidad y mortalidad regional

- Implementación de sistema de notificación VIGISAS/RAVE
- Implementación de monitoreo y evaluación de vigilancia epidemiológica
- Implementación de capacidad para la vigilancia y respuesta a eventos de salud pública de importancia nacional e internacional.
- Estrategias para prevención y control de ECNT
- Impulsar Programa Suramericano de Inmunización

2. Desarrollo de Sistemas de Salud Universales. El objetivo estratégico es formar Sistemas de Salud Universales en los países de SAM reconociendo el derecho a la salud y el abordaje inclusivo. Sus resultados esperados son:

- Mejorar equidad y acceso a sistemas de salud
- Mecanismo de monitoreo y evaluación de sistemas de salud
- Democratización de sistemas de salud con empoderamiento y participación de ciudadanos

3. Acceso Universal a Medicamentos. El objetivo estratégico es desarrollar estrategias y planes de trabajo a fin de mejorar el acceso a medicamentos. Sus resultados esperados son:

- Recomendaciones para fortalecer la coordinación de capacidades productivas de medicamentos en la región
- Reducción de barreras de acceso por propiedad intelectual
- Reducción de barreras por falta de incentivos a innovación y desarrollo de medicamentos
- Formulación de propuesta de política de precios que favorezcan acceso a medicamentos
- Formulación y promoción de estrategias a favor de la selección y uso racional de medicamentos
- Vigilancia y control para promover acceso a medicamentos seguros, eficaces y de calidad
- Política sudamericana de acceso universal a medicamentos
- Promoción de la producción y uso de medicamentos genéricos

4. Promoción de la salud y acción sobre los determinantes de la Salud. El objetivo estratégico es fortalecer la promoción de la salud y acción sobre los determinantes sociales con el fin de reducir las inequidades en cada uno de los países miembros mediante la generación de información, articulación intersectorial y la participación comunitaria en la formulación, ejecución y seguimiento de las políticas públicas de salud. Sus resultados esperados son:

- Establecimiento de indicadores básicos sobre equidad de salud, criterios de evaluación de políticas de reducción de las inequidades, mecanismos de monitoreo.
- Contenidos de promoción y determinantes de salud en desarrollo y gestión de RRHH en salud.
- Metodologías y estrategias de articulación intersectorial y participación social en salud disponibles para implementación de políticas
- Mecanismos de comunicación social disponibles que garanticen acceso a información sobre PS y DSS a distintos segmentos de la sociedad
- Proyectos multicéntricos de investigación en las áreas de políticas públicas
- Estrategias definidas para promover diálogo y análisis del impacto en salud de las políticas de los diversos consejos de UNASUR.

5. *Desarrollo y Gestión de Recursos Humanos en Salud.* El objetivo estratégico es fortalecer la formulación, implementación y gestión de los RRHH de salud en general, y en especial, en las áreas técnicas de la agenda de salud de UNASUR. Sus resultados esperados son:

- Políticas sustentables de RRHH
- Disminución de la migración del personal e impacto en sistemas de salud de la región.
- Desarrollo de investigación y promoción de liderazgo en áreas prioritarias con base a promoción del ISAGS
- Impulsar capacitación permanente en las redes de instituciones estructurantes en las Áreas prioritarias de la Agenda de Salud de UNASUR.

El Plan Quinquenal destaca además que los Ministros y Ministras disponen al Comité Coordinador y grupos técnicos que desarrollen un conjunto de temas para ser incorporados en el Plan Quinquenal: soberanía alimentaria, hambre, alimentación y nutrición; salud ambiental (cambio climático y trabajo); salud de inmigrantes; la promoción de una respuesta coordinada y solidaria ante situaciones de emergencia y catástrofes; género; salud mental; interculturalidad; carrera sanitaria y violencia. y el fortalecimiento de la participación social, promoviendo la incorporación de organizaciones sociales y comunitarias (11).

El cumplimiento de las diversas agendas pueden ser mejor orientadas y coordinadas si se cuenta con un monitoreo efectivo. Por ello, el objetivo de UNASUR Salud de promover sistemas de información y comunicación integrales es muy relevante.

Referencias

1. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2010) La cooperación internacional en el nuevo contexto mundial: Reflexiones desde América Latina y el Caribe. Nota de la Secretaría. Trigésimo Tercer Período de Sesiones de la CEPAL, 30 de mayo a 1 de junio de 2010 (LC/G.2449 SES33/11). CEPAL: Santiago, Disponible en www.eclac.org. Acceso en agosto de 2012
2. Organización Panamericana de la Salud (2007) Salud en las Américas 2007. Volumen Regional. OPS. Washington DC. Disponible en: www.paho.org/hia/SAvol1esp.zip Acceso en febrero de 2012.
3. Organización Panamericana de la Salud (2007), *Informe Quinquenal de la Directora 2003 a 2007*. Al frente de la Salud Pública de las Américas en el Siglo XXI, OPS/OMS: WDC, OPS: WDC, Disponible en www.paho.org. Acceso en junio de 2012
4. Organización Panamericana de la Salud (2011). Informe Anual de la Directora 2011. La salud y los Objetivos de Desarrollo del Milenio: del compromiso a la acción, OPS/OMS: WDC. Disponible en www.paho.org Acceso en marzo de 2012
5. Organización Panamericana de la Salud (2010). Informe Anual del Directora 2010. Promoción de la salud, el bienestar y la seguridad humana, OPS/OMS: WDC. Disponible en www.paho.org Acceso en marzo de 2012
6. Organización Panamericana de la Salud, Oficina en Chile (2009) Salud en Sudamérica 2008. OPS, Oficina en Chile: Santiago. Disponible en www.new.paho.org/chi/ Acceso en marzo de 2012
7. Comunidad Andina de Naciones (2012), Página Internet, www.comunidadandina.org. Acceso junio de 2012
8. Mercado Común del Sur (2012), Página Internet, Disponible en www.mercosur.int Acceso en junio de 2012
9. Organización del Tratado de Cooperación Amazónica (2012) Página Internet de la Organización del Tratado de Cooperación Amazónica (OTCA), www.otca.org.br Acceso junio de 2012
10. Bervejillo M., (2009) Informe técnico No. 19, marzo de 2009. Programa ICI Uruguay.
11. Consejo Suramericano de Salud UNASUR. (2010) *Plan Quinquenal de Salud 2010-2015*. UNASUR:

SALUD EN SUDAMÉRICA, 2012

- Quito Disponible en www.unasur.org Acceso en marzo de 2012
12. Organización Panamericana de la Salud (2007) Agenda de Salud en las Américas 2008-2017. OPS/OMS: WDC. Disponible en www.paho.org
 13. Comunidad del Caribe (2012) Página Internet, Disponible en www.caricom.org Acceso en junio de 2012
 15. Alianza Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América (2012) Página Internet, Disponible en www.aladi.org, Acceso en junio de 2012

8. SÍNTESIS Y PERSPECTIVAS

Este capítulo presenta una síntesis de los grandes rasgos de las condiciones de salud en Sudamérica expuestos en el documento y las perspectivas y desafíos para el futuro, incluyendo los retos y necesidades de respuesta que los sistemas de salud van a enfrentar a futuro.

Contexto general

Las condiciones de vida y de salud en los países en Sudamérica, más allá de las particularidades de cada uno, tienen un conjunto de características que comparten en el contexto político, económico y del desarrollo humano prevalente. A ello ha contribuido una historia, lenguaje y cultura relativamente común. El contexto general ha tenido una evolución en general positiva, bajo la influencia de los cambios mundiales ocurridos en las últimas tres décadas, destacando la globalización, democratización, cambios de rol y reformas del Estado, desarrollo y crisis en los sistemas de seguridad social, crecimiento económico y la mantención o incluso ampliación de las desigualdades y la exclusión social.

Actualmente, en algunos países se enfatiza la acción del Estado como instancia esencial para procurar un progreso centrado en la equidad y necesidades de la población, mientras que en otros, el progreso es visto como modernización centrada en el mercado y eficiencia, con énfasis en privatización y disminución del tamaño e influencia del Estado. En general, los diversos tipos de reforma estatal han producido beneficios de crecimiento económico y desarrollo social, pero también han aumentado las desigualdades económicas y sociales, en detrimento de aquellos grupos de población que son más pobres y excluidos, con menor protección social.

En el conjunto de países se ha producido un crecimiento económico en el último quinquenio, pero continúan vulnerables a las crisis económicas, como la ocurrida desde 2008 y que tiene eventual impacto para la población, la economía y sobre la salud. El desempleo y la pobreza disminuyeron en el quinquenio 2006-2010 (aunque con aumento de cantidad de pobres e indigentes) y la inflación estuvo relativamente bajo control.

El desarrollo económico y humano se relaciona sistemáticamente con el mejoramiento del nivel de salud, especialmente de la prevención de eventos evitables o prematuros de salud, también reflejado por el aumento de expectativa al nacer. En el rango de situación de salud en países, Chile y Argentina destacan por registrar indicadores de nivel socioeconómico y de salud más alto, mientras que Bolivia y Guyana reflejan el menor grado de desarrollo

y de salud, con la menor expectativa de vida al nacer. La esperanza de vida al nacer en Sudamérica ha alcanzado a 75.5 años en 2010, aunque hay una diferencia de casi 13 años entre países de valores extremos.

La población de los países de Sudamérica era poco menos de 400 millones de habitantes en 2010, casi la mitad de ellos eran habitantes de Brasil. Un cuarto de la población era menor de 15 años, dos tercios tenían entre 15 y 64 años y el 7% era mayor de esa edad.

Desde 1990 hasta 2010, la población ha tenido un crecimiento desigual, con disminución paulatina de ritmo y cambios en su composición de edad, con tendencia hacia el envejecimiento, especialmente en países de mayor desarrollo global. En ese período, la población de Sudamérica aumentó en 33%, pero mientras la proporción de menores de 15 años aumentó sólo 1% en este período, el grupo de 65 y más años aumentó en casi 90%.

Estos cambios han contribuido al proceso de transición epidemiológica, por un aumento absoluto y relativo de la incidencia y prevalencia de aquellos problemas y necesidades de salud, que aumentan con la edad.

Los países participan de uno o más bloques de integración que incluyen agendas de salud con relativa similitud. Los 12 países participan de UNASUR. MERCOSUR cubre 4 Estados Miembros, y con 6 Estados Asociados, cubre prácticamente toda la población de Sudamérica (con excepción de Guyana y Suriname). La Comunidad Andina de Naciones también incluye a 4 Estados Miembros 5 Estados Asociados, (en total, 365 millones) de personas). OTCA incluye 8 países (247 millones de personas), 4 países participan de ALBA, con un total de 54 millones de habitantes (de países que participan del Tratado de Cooperación Amazónica, cuya población cubierta cuenta con dos estimaciones distintas: 33,5 y 11 millones de habitantes.

Las determinantes sociales de relevancia en salud

Las distintas oportunidades de desarrollo existentes al interior de los países se relacionan con desigualdades sociales en que los diversos factores influyen en el mismo sentido, de modo que los pobres y excluidos de los beneficios del mercado y de la protección social,

acumulan condiciones que los hacen altamente vulnerables a que la inequidad socioeconómica contribuya fuertemente a la inequidad en salud. Los grupos de población que tienen menor desarrollo socioeconómico están excluidos o participan en menor grado de los beneficios del desarrollo y de la protección social, son más vulnerables, y en ellos se produce un consistente exceso de eventos evitables de salud y menor nivel de salud.

Las condiciones de salud y de los sistemas de salud de los países de Sudamérica han estado inmersas en un complejo y dinámico contexto político, económico y social, que en general ha tenido un progreso paulatino en las últimas décadas. Sin embargo, este progreso ha sido desigual entre los diversos grupos de la población, en detrimento de los grupos más privados y vulnerables. Las gradientes y desigualdades en salud se relacionan con variaciones en estos tipos de determinantes, lo que implica la búsqueda de planes, decisiones y acciones que representen una respuesta coherente del sector salud. Por lo tanto, es importante conocer y mantener una debida vigilancia de la serie de determinantes sociales que además de estar interrelacionadas, en su conjunto confluyen en la existencia de una notoria inequidad social y brechas en el desarrollo de la salud.

Entre las determinantes sociales de relevancia en salud destacan el ingreso económico, empleo, pobreza, educación, condiciones de vivienda, agua y saneamiento básico, ruralidad y algunas condiciones étnicas, culturales y de migración que en conjunto se concentran en grupos de población con privación de condiciones de vida, vulnerables y excluidos, con menos oportunidad de acceso a los servicios de salud. En un sentido positivo, cabe destacar los diversos esfuerzos y estrategias que despliegan los países de la región para buscar extender coberturas para llegar a los grupos más necesitados.

En general, las determinantes sociales de relevancia en salud son consideradas por los países y los bloques de integración al momento de proponer agendas, que buscan concretarse al momento de planear, decidir y realizar acciones relativas a salud. Sin embargo, la solución a muchos de estos factores tienden a estar fuera del alcance del sector salud e incluso escapan del alcance de corto plazo de lo que cada país puede resolver a nivel de Estado, especialmente en aquellos países con limitado nivel de desarrollo económico que además cuentan con limitada capacidad estatal y del sector salud para responder a esas necesidades en el corto plazo.

Los distintos grupos de población en los países de Sudamérica participan de distinto modo del ingreso o

gasto, lo que se hace notorio al comparar la distribución de ingreso recibida en grupos según quintil de ingreso. Las personas del quintil de menor ingreso en Sudamérica solo reciben 3,3% del total, mientras que los del quintil de mayor ingreso reciben e 58,4% del total. En los países de menor desarrollo económico, la desigualdad de ingresos entre los distintos quintiles de población tiende a ser aún mayor. A pesar que en los últimos años ha habido algún avance hacia una mejor distribución del ingreso, la desigualdad de ingresos continúa siendo alta.

En 2006, el ingreso medio de cada trabajador ocupado que era bastante diverso (seis veces más en Argentina que Bolivia), con mayor ingreso en hombres que mujeres. La tasa de desempleo promedio anual para 2010 fue en general menor a dos dígitos. En 2010, aproximadamente 108 millones de personas vivían en condiciones de pobreza (21,3% de la población), y 36 millones en pobreza extrema o indigencia (11,1%). Más de mitad la población en Paraguay y Bolivia es pobre, lo que incluye a casi un tercio de población que es indigente. La pobreza como la indigencia son sistemáticamente mayores en el área rural que en la urbana.

El alfabetismo en Sudamérica alcanzó a 94%, con diferente aumento escolaridad en la mayoría de los países. El acceso a la educación sigue siendo mayor para hombres que para mujeres, particularmente en zonas rurales, y la calidad de la educación está diferenciada por el ingreso familiar. Existe un alto nivel de desnutrición crónica en países con menor grado de desarrollo económico, como Bolivia, Perú y Ecuador.

Los sectores rurales cuentan con menor acceso a agua potable y saneamiento. Se ha logrado 94% de acceso a fuentes mejoradas de agua potable en Sudamérica, lo que es casi universal en áreas urbanas (97%) pero sólo alcanza a 79% en áreas rurales. Las condiciones de acceso a instalaciones mejoradas de saneamiento alcanza a 78% en Sudamérica, pero en sólo 48% en zonas rurales.

El 18% de la población de Sudamérica vive en zonas rurales. La vida en sectores rurales se relaciona con menores condiciones de ingresos, vivienda, educación y saneamiento, que representan determinantes sociales relacionadas con eventos de salud y muertes que son evitables. También hay un menor acceso a la atención de salud. Los países de menor desarrollo tienden a tener mayor ruralidad, como Guyana, Paraguay y Bolivia. Por otro lado, la urbanización creciente no planificada también involucra problemas como dieta inadecuada, obesidad, sedentarismo, drogas, traumatismos y violencia.

Hay grupos de población que por sus condiciones socioeconómicas, de desplazamiento, origen étnico o cultural y ubicación geográfica se hacen altamente vulnerables a factores de circunstancias adversas del ambiente físico o social, concentrando factores de riesgo y mayor posibilidad de enfermar y morir. A ello se suma menor protección social y menor acceso a sistemas de salud por barreras geográficas (como el caso de ruralidad o asentamientos pobres periurbanos de grandes ciudades), culturales o económica). Los pueblos indígenas tienden a ser particularmente vulnerables en materias de salud, con menores oportunidades de condiciones y estilos de vida saludable, menor promoción y prevención de salud.

Dos tercios de las personas ocupadas referían ser afiliados a sistemas de previsión social. La cobertura en sectores urbanos es ostensiblemente más alta que en sectores rurales, mayor en sector urbano formal y en hombres. En todos los países hay relación entre el nivel de ingreso y la cobertura de la seguridad social, en que los trabajadores de mayores ingresos pueden hacer mayor contribución y tener mayor cobertura.

Medio ambiente y seguridad humana

Sudamérica tiene un enorme recurso natural y condiciones ambientales que representan una gran riqueza para la región (agua, gas natural, bosques, potencialidad de agricultura y ganadería). Sin embargo, el proceso de industrialización y explotación masiva de productos naturales (como bosques) lleva a un importante deterioro de las condiciones del ambiente. La deforestación, la erosión de los suelos y la desertificación están afectando a todos los países de la Región en mayor o menor medida, lo que representa una amenaza para la seguridad del abastecimiento de alimentos y agua, y aumenta la vulnerabilidad de la población frente a los desastres naturales.

Los desastres naturales (y los provocados por el hombre) y el deterioro del medio ambiente tienen consecuencias directas o indirectas sobre la salud de la población. El crecimiento urbano e industrial acelerado y descontrolado con falta de planificación urbana ha llevado a una mayor contaminación del aire (especialmente industrial y por vehículos), el agua y el suelo. Nuevos asentamientos urbanos, constituidos por grupos como los migrantes desde sectores rurales, tienen en general limitadas condiciones económicas, habitacionales, de saneamiento y de vida, lo que en su conjunto limita las oportunidades de contar con ambientes físicos y sociales que permitan un estilo de vida saludable, y donde la promoción y prevención en salud se hace más difícil (limitada red social, baja

educación, dietas inadecuadas, aspectos críticos como abuso de drogas y violencia). El deterioro del ambiente afecta mayormente a la salud grupos de población más pobres, vulnerables y desprotegidos (tanto urbanos como rurales). La recurrencia de emergencias y desastres, principalmente naturales e impredecibles, causa diverso impacto en pérdida de vidas humanas y materiales.

El contexto ambiental ha tenido impacto de la evolución política, económica y social en los diversos países, con deterioro de condiciones del ambiente (como deforestación o erosión de los suelos), crecimiento urbano e industrial no planificado que resulta poco saludable, destacando la contaminación de aire, agua y suelo. Sin embargo, hay gran conciencia global al respecto en los países y hay esfuerzos a nivel nacional e internacional, como la iniciativa de Desarrollo Sustentable y los foros y estrategias relacionados, que representan una búsqueda intensiva de un abordaje internacional más efectivo respecto a este complejo y relevante tema.

En general, el incremento de la producción industrial y urbanización que en diverso grado que ha ocurrido los países, no se ha acompañado del debido resguardo de las condiciones del ambiente. Como consecuencia, ha continuado la tendencia al deterioro progresivo de condiciones del ambiente (como deforestación o erosión de los suelos), y con un crecimiento urbano e industrial no planificado que resulta poco saludable, destacando la contaminación de aire, agua y suelo.

El impacto del cambio climático continuará siendo un desafío que requerirá un abordaje multisectorial en lo que compete directa o indirectamente a la salud de las personas. Incluso será muy útil el abordaje internacional, especialmente con acción conjunta de los bloques de integración, frente a las inundaciones, sequías, acceso a agua limpia, producción agrícola, enfermedades transmisibles y otras.

Hay conciencia y esfuerzos en la seguridad sanitaria en países y agendas de salud, pero la capacidad de preparación y respuesta se mantiene como agenda inconclusa. Esfuerzos como los que encabeza las Naciones Unidas con el respaldo de los Estados para el Desarrollo Sustentable, plantean un promisorio aunque difícil desafío de intentar un abordaje global en pos de lograr un ambiente saludable y resguardar la seguridad humana

Condiciones de salud y sus tendencias

Las condiciones de de salud y sus factores de riesgo tienen muchas características similares entre los países

de Sudamérica. Más allá de la vecindad geográfica, ello se debe a que en general los países comparten una historia y cultura común, que ha llevado a que las diferencias se más bien entre grupos de población de cada país, según vulnerabilidad social, que entre los países mismos.

El cambio de perfil demográfico y epidemiológico de los distintos países y grupos de la población ha llevado a un nuevo escenario en que destaca el envejecimiento de la población y reducción de muchas enfermedades y muertes prevenibles ha cambiado la prioridad de problemas en salud pública, con gran relevancia actual de las enfermedades crónicas no transmisibles, accidentes y violencias, salud mental y enfermedades relacionadas con ambiente no saludable, lo que presenta un distinto énfasis de las implicancias de agendas, decisión y acción en materias de salud de la población.

El mejoramiento sistemático de diversos indicadores de salud la población permite estimar que las condiciones de salud en los países de Sudamérica, y al interior de ellos, han continuado con un avance paulatino en las últimas décadas. Han destacado los importantes logros en algunas áreas como el mejoramiento de la salud materno-infantil, la reducción de enfermedades transmisibles afectas a control, la nutrición, y una mayor sobrevivencia de la población. En general, este mejoramiento ha tendido a ocurrir en forma simultánea no sólo con el mayor desarrollo de condiciones socioeconómicas y de calidad de vida, sino que con la existencia y ampliación de cobertura de protección social de los grupos más vulnerables, junto a la extensión de cobertura de los sistemas de salud, con particular énfasis en la atención primaria.

La incidencia y prevalencia de algunas enfermedades transmisibles en Suramérica, especialmente en sectores de población pobre y rural, siguen causando altas y prevenibles complicaciones y muertes lo que hace que la red de vigilancia epidemiológica nacional e internacional sea muy necesaria, para orientar una respuesta efectiva de prevención y control, de modo pertinente y oportuno.

En este avance paulatino, quedan sin embargo aspectos inconclusos o pendientes de las agendas en salud, en que cabe continuar con una mayor reducción de los eventos evitables y muertes prevenibles y prematuras, de las desigualdades evitables en salud (especialmente aquellas más influidas por las desigualdades sociales y la pobreza), de la desigual oportunidad de promoción y prevención en salud, y de la inequidad existente en la provisión y uso de servicios asistenciales, en detrimento de la salud de los grupos más desprotegidos y vulnerables.

El escenario esperado, en relación a las tendencias observadas y posibilidad de eventual impacto a corto o mediano plazo, permiten estimar que continuarán influyendo aspectos importantes como la transición epidemiológica, el envejecimiento de la población y la existencia remanente de grupos de población en condiciones de vulnerabilidad social y sanitaria.

En este contexto demográfico y epidemiológico, las condiciones de salud en general continuarán su tendencia a mejoramiento paulatino, aunque con distintos niveles que reflejarán la remanencia de inequidad en salud en detrimento de grupos más postergados de la población. Ello, a menos que se adopten efectivas políticas y mecanismos para reducir las desigualdades sociales con determinantes sobre la salud y que los sistemas de salud puedan continuar mejorando su desempeño, efectividad y cobertura. Ello implica la necesidad de un mayor fortalecimiento de políticas y estrategias enfocadas en evitar que las desigualdades sociales impacten en salud, prevenir los eventos evitables y fortalecer la promoción en salud y otras estrategias de la atención primaria de salud.

El abordaje a la excesiva prevalencia de factores de riesgo afectos a prevención y control respecto a enfermedades crónicas no transmisibles, también representa un gran desafío de compromiso multisectorial y que involucra cambios culturales y de mayor participación de la misma población expuesta.

La mortalidad por algunas causas evitables, como cáncer de cuello uterino y de mama, septicemias, desnutrición e infecciones respiratorias agudas, pueden ser reducidas con mayor efectividad y cobertura de la atención primaria de salud. En relación a la prioridad histórica que se da a la atención materno-infantil, la mortalidad infantil ha disminuido progresivamente en Sudamérica, aunque se mantienen diferencias entre los países que se relacionan con el nivel de desarrollo de cada uno y la influencia de los diversos determinantes sociales sobre la salud.

La incidencia y prevalencia de algunas enfermedades transmisibles (tuberculosis, VIH/sida, dengue y malaria), seguirán complicaciones y muertes prevenibles, especialmente en sectores de población pobre, rural y en fronteras. Se reconoce cada vez más que la intervención de factores de riesgo de principales causas de muerte escapan al control directo del sector salud, como en el caso de: causas externas, enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedades pulmonares obstructivas crónicas y el VIH/SIDA.

El Chagas se mantiene en forma endémica, junto a otras enfermedades transmisibles desatendidas. Se registran casos de fiebre amarilla selvática en algunos países. La rabia humana (transmitida por los perros)

está en fase de eliminación, aunque hay brotes esporádicos.

Los países de Sudamérica están alertas ante el surgimiento potencial de una pandemia de casos como la influenza. La actual crisis financiera internacional tiene amplias repercusiones potenciales en los países de la región, lo que representa un desafío que requiere de una exhaustiva revisión y seguimiento, junto a las necesarias acciones para enfrentar y superar dicha crisis en forma oportuna y adecuada.

Los procesos de descentralización y el modo de distribuir recursos y servicios en salud requieren considerar las distintas necesidades de salud que existen entre los diversos grupos de la población, con énfasis en los más pobres, rurales, excluidos y vulnerables.

En la actualidad se dispone del conocimiento, tecnología y experiencia en el área materno neonatal – aplicable a distintos niveles de desarrollo – que permite aplicar estrategias e intervenciones que pueden ser altamente efectivas para reducir drásticamente la ocurrencia de muertes maternas y neonatales. Es importante conocer y analizar las dificultades concretas para lograr un avance más radical, para orientar sobre el mejor modo de lograr una reducción ostensible. Eso no se puede lograr haciendo los mismos esfuerzos actuales, y de forma aislada, sino por el desarrollo de efectivas políticas, estrategias e intervenciones

Se requiere de un conjunto de estrategias efectivas y coordinadas - bajo el liderazgo y voluntad política de la autoridad nacional - y que involucren a toda la sociedad, más allá del ámbito específico del sector salud. Se persigue un proceso continuo de atención de la atención de la mujer, recién nacido y niño, en una maternidad sin riesgo y nacimientos seguros. Con ese enfoque se puede lograr no sólo reducir la mortalidad y morbilidad, sino que se contribuye a la mejor salud, calidad de vida y equidad tanto de la madre como del hijo. Entre las estrategias destacan: la integración programas y acciones específicas y la integración de la red de servicios de salud; la atención primaria; y la participación activa de la comunidad. Se busca que los programas sean sustentables, accesibles y de calidad esencial.

Es importante mantener una red de sistemas nacionales de vigilancia, monitoreo y observatorios enfocados en los temas relevantes de salud pública y con el objetivo de apoyar el desarrollo de políticas y planes pertinentes y efectivos y la toma de decisiones basadas en la evidencia, para contribuir al objetivo último que es preservar y mejorar la salud de la población de Suramérica.

Políticas, protección social y sistemas de salud

En las últimas tres décadas, el sector salud de los países de Sudamérica ha estado expuesto a diversos procesos de desarrollo, modernización y reformas sectoriales, que en algunos casos ha significado cambios radicales en la organización, estructura, financiamiento y desempeño de los sistemas de salud y del acceso de la población a ellos. Por un lado, se ha buscado extender la cobertura de protección social y servicios de salud, desde la perspectiva de necesidades, equidad y derechos de la población, con énfasis en la atención primaria de salud. En otros casos, ha influido la perspectiva del modelo propiciado por el Banco Mundial, más nítido en países como Colombia y Chile.

En la separación de funciones, además del Estado y entidades reguladoras participan activamente los aseguradores, prestadores y la ciudadanía. Hay predominio de descentralización y crecimiento del sector privado (con privatización directa o indirecta del aseguramiento y de la provisión pública de salud). En el financiamiento, y desempeño de los servicios asistenciales, se enfatiza la eficiencia y nuevos mecanismos para aumentar la cobertura de los sistemas de salud (como la creación de paquetes básicos y extensión de protección social), especialmente para cubrir grupos de población pobres y marginados.

La mezcla de beneficios y problemas resultantes implica desafíos de acción entre los cuales destacan la necesidad de: fortalecer el rol rector de la autoridad sanitaria, fortalecer y monitorear las funciones esenciales de salud pública, buscar mecanismos de integrar la red pública (respetando las autonomías locales) con criterios de solidaridad y equidad, recuperar el nivel de financiamiento y recursos críticos para asegurar un desempeño eficiente del sistema de salud y fortalecer la atención primaria de salud (las poblaciones pobres, vulnerables y marginadas deben continuar siendo una prioridad).

Entre 2006 y 2010, el nuevo aporte legislativo apoya el fortalecimiento del marco jurídico y normativo que facilite el ejercicio del derecho a la salud, fortalezca los sistemas de salud y le haga más pertinentes a las necesidades y demandas de la población en materias de salud. El gasto público social en salud de los países de Sudamérica representó aproximadamente 2,9% del Producto Interno Bruto (gasto anual de US\$ 108 dólares por habitante) y tiene estrecha relación con el ingreso económico del país (supera los US\$ 1,000 en Argentina y es menor a US\$ 200 en Perú, Bolivia, Ecuador y Guyana).

La cobertura total de la protección social en salud es alta en países como Chile, Brasil y Venezuela. La seguridad social en salud alcanza a dos tercios en Chile

y Colombia, alcanza a la mitad de la población en Argentina, poco menos en Uruguay, mientras que en los otros países tiene menor cobertura poblacional. El sector privado (con y sin fines de lucro) cubre aproximadamente un cuarto de la población en Ecuador y poco menos de un quinto en Chile, alcanzando una cobertura mucho menor en los otros países. Hay otros sectores estatales o privados que cuentan con sistemas de salud propios (regímenes especiales, como el caso de fuerzas armadas, policía y grupos organizados de trabajadores).

En la mayoría de países de Sudamérica, el sistema asistencial público alcanza la mayor cobertura nacional en cuanto a infraestructura, personal asistencial y provisión de servicios, especialmente en el nivel primario de atención y en lugares rurales, aislados y con población de menores recursos y mayor vulnerabilidad social. Hay entidades estatales o privadas que cuentan con sistemas de salud propios (regímenes especiales), como es el caso de las fuerzas armadas, policía y grupos organizados de trabajadores, como los trabajadores petroleros de Venezuela. En 2010, existían 748 mil camas en Sudamérica (1,9 camas por mil habitantes), y aproximadamente 862 mil médicos, 210 mil enfermeros y 330 mil dentistas (22,0 5,4 y 8,8 por 10.000 habitantes respectivamente). Sin embargo, tiende a haber limitada disponibilidad, mala distribución y falta de adecuación del personal de salud para responder a las necesidades de salud, cuyos obstáculos están acentuados por la migración interna y externa. Esto ocurre especialmente en el sistema público de salud y en los países y áreas más pobres. La planificación de los recursos humanos, en cantidad y calidad, sigue siendo una carencia notoria, y la formación sigue siendo tradicional.

Dos tercios del financiamiento de los medicamentos en América Latina provienen del gasto de los hogares y solo uno de las otras dos fuentes. Más de la mitad de los habitantes presentan dificultades para acceder a medicamentos esenciales. Los precios constituyen la principal barrera mientras que su costo sigue aumentando. La lista de medicamentos esenciales contribuye a garantizar el uso racional de los medicamentos. La automedicación sigue siendo un problema en la Región, especialmente con el uso de antibióticos. En varios países se han desarrollado políticas y estrategias para aumentar la disponibilidad y cobertura de medicamentos, como programas gratuitos para la población más necesitada.

En general, hay mezcla público-privada en el financiamiento y aseguramiento en los sistemas de salud. En nueve países hay sistema de seguridad social. En general, la provisión de servicios también es mixta.

El acceso, al menos para la atención primaria, es universal en mayoría de los países. A pesar del énfasis en la atención primaria, aún se mantiene una tendencia al predominio del modelo curativo y de especialidad en la prestación de servicios de salud, que se encuentra centrado en los hospitales y en los cuidados individuales. La descentralización no coordinada de la red de servicios y a la búsqueda competitiva de eficiencia (cuasi-mercados) dificultan mejorar la equidad y disminuir los eventos de salud excesivos e inevitables, especialmente en países y áreas con menor calidad de vida y mayor vulnerabilidad.

La situación y tendencias de la salud en los países de Sudamérica implica la necesidad de evaluar, fortalecer y asegurar mayor cobertura de la protección social, especialmente en lugares y grupos de población de mayor pobreza, ruralidad y vulnerabilidad, donde a su vez hay mayor dificultad y falencia de cobertura. En esos grupos de población, también es importante el fortalecimiento de la estrategia de atención primaria de salud, y de políticas públicas saludables construidas con la participación de la comunidad y conducidas por autoridades sanitarias sólidas y respetadas.

La necesidad de fortalecer ese rol sigue pendiente (agenda inconclusa), como planteado en diversas agendas de salud.

Se requiere continuar enfrentando los desafíos estructurales de los sistemas de salud, especialmente problemas de fragmentación, limitaciones en financiamiento y en coberturas de aseguramiento y provisión servicios, integración de redes asistenciales, atención primaria, calidad asistencial, capacidad resolutive.

Se requiere fortalecer la protección social y las instituciones proveedoras de servicios de salud. Un adecuado desarrollo permitirá reducir asimetrías existentes entre sistemas de salud de la región, con mejor y más equitativo acceso y cobertura de servicios de salud. Para un mejor impacto, es importante la protección efectiva a la población más pobre marginada y vulnerable, abordando los principales factores determinantes de salud, especialmente aquellos relacionados con exclusión social, exposición a riesgos, urbanización no planificada y cambio climático. La recuperación o fortalecimiento de las capacidades institucionales de la autoridad sanitaria nacional incluye fortalecer la conducción sectorial (formulación, ejecución y evaluación de políticas públicas), regulación (por ejemplo de los mecanismos de aseguramiento y del acceso a bienes públicos de salud), supervisión y control de las intervenciones y resultados, mejor desempeño de las funciones

esenciales de salud pública y adecuada gestión económica-financiera y generación de recursos..

Las prioridades actuales se relacionan con la necesidad de mejorar la planificación del personal de salud, su disponibilidad y distribución (según criterios de necesidad y equidad), las condiciones compatibles con un trabajo decente, un código ético sobre los flujos migratorios y la formación y capacitación conforme a las necesidades. La prioridad actual de este esencial recurso se relaciona con la necesidad de mejorar su disponibilidad, distribución (según criterios de necesidad y equidad), condiciones de trabajo y eficiencia, formación, planificación y capacitación.

Es importante desarrollar o fortalecer las políticas que abarquen todo el proceso de producción, comercialización, distribución y uso racional de los medicamentos. Eso incluye estrategias de transparencia en los procedimientos sanitarios de autorización, el establecimiento de estándares de calidad apropiados y la difusión de información referente a medicamentos.

Conocimiento, tecnología e información

Hasta 2010, los países de Sudamérica desarrollaron, o continuaron con el desarrollo, de diversas iniciativas relacionadas con el uso de tecnología en información y comunicación en el campo de la salud. Destacan la Biblioteca Virtual de Salud, el uso de cursos en línea relacionados con salud y con salud pública y la configuración de nodos nacionales del campus de salud pública, mayor inversión en investigación y desarrollo, la iniciativa de investigación EVIPNET, e iniciativas de conectividad.

A pesar de los avances durante estos años, siguen existiendo algunas debilidades como la falta de estrategias globales de formación, la limitada inversión en investigación o la falta de infraestructura necesaria para llevar a cabo iniciativas y proyectos en materia de gestión del conocimiento y tecnologías de información y comunicación. Existen diferencias en el desarrollo y funcionamiento de tecnología de información y conocimiento entre países y al interior de estos. Se requiere de financiamiento y capacitación de uso, el desarrollo tiende a concentrarse en lugares con mayor desarrollo socio económico, en detrimento de los lugares de menores desarrollo y recursos.

Los retos más importantes para los próximos años en la región de las Américas pasan por superar lo anteriormente mencionado además de trabajar en el incremento de la producción científica, la mayor participación en redes de información y la consolidación todo lo relacionado con el uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones en salud.

La búsqueda de soluciones orientadas por las Estrategias de Cibersalud y de eSalud pueden tener importantes beneficios, especialmente si se apoyan en políticas y estrategias gubernamentales (como ya lo han establecido varios gobiernos) y la tecnología adecuada para responder a las necesidades más relevantes de información y comunicación. Es importante que OPS y otras agencias en red continúen apoyando la conformación de redes nacionales y regionales de información para la incorporación, fortalecimiento y funcionamiento efectivo de las diversas bibliotecas virtuales, la educación virtual a distancia y el apoyo a investigación

Uno de los principales desafíos será el de la interoperabilidad y un primer paso para ello será lograr un acuerdo para generar un formato electrónico nacional de identificación y registro único y unívoco de todos los actores del sistema de salud. El aporte logrado en relación a eSalud y sus componentes de librerías, educación a distancia y apoyo a la investigación, así como promoción del uso de redes sociales, representa un esfuerzo paulatino y sólido hacia una consolidación paulatina del uso de tecnología básica para apoyar la toma de decisiones basadas en la evidencia.

Cooperación internacional y abordaje subregional

La cooperación para el desarrollo en salud ha cambiado paulatinamente en las últimas décadas, por cambios en finanzas de los donantes, necesidades de los receptores y modalidad de adjudicar la asistencia a países candidatos a recibirla. En materias de cooperación técnica, hay países de Sudamérica que por su grado de desarrollo económico y capacidad nacional se han transformado en cooperantes de algunos temas específicos, como Brasil, Argentina y Chile, mientras que otros siguen siendo prioritarios para recibir cooperación internacional, como es el caso de Bolivia. La modalidad de cooperación mutua u horizontal, entre países similares, está aumentando gradualmente..

El conjunto de agendas de salud nacionales y subregionales tiene en general un alto grado de similitud en los temas cubiertos, por lo cual tiende a haber superposición y complementariedad en su área y rango de acción. Esto es beneficioso y facilita el trabajo y cooperación horizontal. También es importante considerar que cada tipo y nivel de agenda tiene una cierta especificidad y autonomía de objetivos y beneficios esperados.

Un abordaje subregional más integrado y eficiente podría ser facilitado por el análisis y coordinación adecuada de las distintas agendas de salud, los aspectos de salud que ellas cubren, las áreas de aquellas agendas establecidas en los procesos de integración

sudamericana, y el valor agregado tanto de la cooperación técnica de OPS/OMS como del desarrollo de alianzas en materias relacionadas con salud.

Todo eso hace ver la importancia de armonizar el trabajo de los temas comunes dentro de las diversas agendas nacionales e internacionales, para abordar las condiciones y determinantes de salud cuya existencia trasciende fronteras y regiones. La revisión de agendas y proyectos vinculados a los aspectos de salud en la integración regional permiten indicar que hay temas de salud que están presentes en las diversas agendas, destacando aspectos epidemiológicos, que incluye malaria y tuberculosis y VIH/sida, el mejoramiento de sistemas de salud, acciones en zonas fronterizas, esfuerzos conjuntos de países para integrar agendas de salud.

Como agencia especializada en salud y parte del sistema intergubernamental de las Américas, la OPS/OMS tiene la función de acompañar y prestar asesoramiento técnico a los procesos de desarrollo relacionados con las diversas agendas de salud. Por ello, es la entidad líder en el cumplimiento de la Agenda de Salud de las Américas 2008-2017 y además, contribuye además con aspectos de la programación presupuestaria subregional, del desarrollo de cooperación técnica Sur-Sur y de la movilización de recursos.

También se utiliza el aporte de las múltiples Alianzas relacionadas con salud, y hay una nueva

estrategia para establecer “Acuerdos de Cooperación Técnica entre Países (TCC). Con estos aportes, también existe la necesidad de armonización e integración de las diversas agendas e iniciativas (resguardando sus autonomías y particularidades).

Los planes de salud de mediano plazo (como los planes quinquenales) formulados a nivel nacional o subregional (de bloques) en general cuentan con resultados esperados definidos, aunque no es seguro que se alcancen a cumplir en el período planeado. En la mayoría de esos planes no se precisa suficientemente, el recurso y los esfuerzos que serían necesarios para el logro de cada resultado esperado, ni su fuente.

El trabajo integrado de los gobiernos en torno al cumplimiento de los ODM, que incluye temas prioritarios de salud así como sus determinantes sociales más relevantes, representa una importante oportunidad para fortalecer las agendas nacionales y subregionales respecto a la situación materno-infantil, el SIDA, la tuberculosis, y la malaria así como la malnutrición. El uso de las alianzas internacionales sobre estos temas, que a nivel nacional engloban a los sectores y actores más relevantes de la sociedad, representa simultáneamente la posibilidad de lograr resultados que en forma aislada no se lograrían, y al mismo tiempo plantea el gran desafío de la acción conjunta e integrada, así como el debido monitoreo de los componentes y factores que permitirán cumplir con las metas y objetivos planteados a diversos niveles.

