

## SALUD EN ZONAS URBANAS DE AMERICA LATINA Y DEL CARIBE

Sumedha Khanna,<sup>1</sup> Patricia Brandon<sup>2</sup> y Cristina Puentes<sup>3</sup>

*Dentro del contexto global del desarrollo urbano, los problemas de salud tienen características que están estrechamente asociadas con los numerosos efectos adversos para la salud de los habitantes de los centros urbanos. En este artículo se sugieren enfoques para los programas y proyectos que podrían establecer los países con la cooperación financiera y técnica de la OPS y de otras instituciones como los organismos de financiación internacionales y bilaterales.*

### Introducción

El desarrollo urbano es actualmente el fenómeno demográfico más dinámico en el proceso del desarrollo latinoamericano. Las estadísticas demográficas en América Latina constituyen una invitación para que los gobiernos y las instituciones interesadas en la materia reflexionen con seriedad y urgencia en la magnitud del problema y busquen vías accesibles para su solución. El crecimiento de los centros urbanos en este continente, lejos de ser un indicador de progreso es una fuente de profunda preocupación a causa del carácter desordenado del proceso. El examen de las tendencias y los problemas de salud en zonas urbanas de rápido crecimiento muestra que aumenta sin cesar el número de personas que viven y vivirán en condi-

ciones socioeconómicas precarias que son un obstáculo para el logro de la salud. Los problemas de salud en las zonas urbanas están íntimamente ligados a factores socioeconómicos y demográficos como la migración a las ciudades, el empleo, el medio ambiente, la vivienda, la educación y la comunicación. Considerando el compromiso de los gobiernos de la Región en el sentido de alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000, es ingente la tarea que tienen ante sí el sector salud y los planificadores del desarrollo.

### Proceso de urbanización en América Latina y el Caribe

Los países de América Latina y del Caribe son, de todos los países en desarrollo, los que tienen el mayor porcentaje de población en zonas urbanas.<sup>4</sup> En 1960 se

<sup>1</sup> Organización Mundial de la Salud, Coordinación de la Estrategia SPT/2000, Ginebra, Suiza.

<sup>2</sup> Organización Panamericana de la Salud, Programa de Prestación de Servicios de Salud, Washington, D.C., EUA.

<sup>3</sup> Organización Panamericana de la Salud, Programa de Desarrollo de Sistemas de Salud, Washington, D.C.

<sup>4</sup> Argentina, 61%; Barbados, 58%; Brasil, 37%; Chile, 50%; Colombia, 57%; México, 51%; Uruguay, 83%. Otros países: Bangladesh, 3%; China, 14%; Filipinas, 17%; India e Indonesia, 11%; Pakistán, 15%. Fuente: 1982 Population Data Sheet, Population Reference Bureau, Washington, D.C., EUA.

consideraba urbano el 41,1% (1) de la población de la Región de las Américas. En 1970 este porcentaje había llegado a 47,4 (1) y en 1980 era de 62,3. Si continúa la tendencia demográfica actual, en el año 2000 la cifra será de 78,5% de la población total (2).

El rápido crecimiento de la población urbana en la Región está estrechamente vinculado con el aumento de la población en general y los cambios de la estructura demográfica (por ejemplo, disminución de la mortalidad, fecundidad relativamente elevada, mayor esperanza de vida), así como con la acelerada migración a las ciudades durante los últimos 20 años. En toda la Región ha aumentado el número relativo de personas menores de 15 años de edad o mayores de 65, lo que ha elevado la proporción de personas dependientes y, por lo tanto, la carga que ha de soportar el sector productivo de la población. La acelerada migración, primero a las ciudades más grandes del país y luego a ciudades menos populosas, ha contribuido en forma importante y múltiple al crecimiento de los centros urbanos. Por su parte, la activa industrialización de las ciudades ofrecía diversas oportunidades de empleo, mayores ingresos y acceso a servicios básicos y a medios de promoción personal. Con el tiempo, sin embargo, la infraestructura urbana se ha debilitado al no poder satisfacer la demanda creciente de empleos y servicios, lo que ha agudizado la desigualdad entre grupos humanos y reducido la cantidad y calidad de oportunidades.

### *Condiciones socioeconómicas*

**Pobreza urbana.** Aunque el decenio de 1970 se distinguió por una tasa de crecimiento lenta pero constante, el déficit de la balanza de pagos, la desigualdad de ingresos, la inflación, el desempleo, el subempleo y por consiguiente la tensión

social son todavía denominadores comunes en todos los países de la Región. Estos factores afectan gravemente a los pobres de las zonas urbanas que dependen en gran parte de sus pocos ingresos en efectivo para sobrevivir.

**Empleo.** El aumento de la población urbana ha rebasado la capacidad del sector económico formal para proporcionar empleos. Esta situación ha contribuido a que la tasa de desempleo fuera mayor en las zonas urbanas que en las rurales. Además, la oferta de mano de obra no calificada es abundante en las ciudades, por lo que el empleo, en especial para los marginados, adopta la forma de autoempleo, empleo en sectores marginales de bajos ingresos y ocupaciones estacionales o temporales.

**Desigualdad de ingresos.** Si bien la pobreza en América Latina es más frecuente en las zonas rurales que en las urbanas (45,2 y 24,8%, respectivamente) (3), la diferencia de ingresos entre los grupos socioeconómicos tiende a ser mayor en estas últimas, y es esa diferencia lo que determina las posibilidades de acceso a la educación, a los servicios adecuados de salud, a fuentes de trabajo y a la vivienda.

**Educación.** El nivel educativo, medido por los índices de alfabetización, ha mejorado en todos los países; sin embargo, persisten grandes desigualdades de educación entre los ciudadanos de bajos y los de altos ingresos. En las zonas marginales pobres, las oportunidades de educación son en general escasas y los centros docentes están superpoblados y no imparten las especializaciones necesarias para satisfacer la demanda de mano de obra en la ciudad. Además, el deterioro de la salud y nutrición acrecienta el ausentismo y la deserción escolar.

**Disponibilidad y consumo de alimentos.** La producción agrícola ha aumentado y la disponibilidad media de calorías en la Región es 12% superior a la recomendada por la FAO y la OMS, pero persiste la

malnutrición (2). La disparidad en la distribución y consumo de alimentos da lugar a diferencias entre los grupos de población en cuanto al estado nutricional.

### *El medio físico*

La infraestructura al servicio de un medio físico adecuado viene deteriorándose desde hace 20 años, a causa de su incapacidad para encarar los efectos de la urbanización y la industrialización. Los sistemas de abastecimiento de agua y alcantarillado no se han desarrollado al mismo ritmo que la población urbana, sobre todo en las grandes zonas marginales y periféricas. Además, el alto costo de las obras hidráulicas, las fugas y otras pérdidas en la red de abastecimiento, así como la falta de mantenimiento apropiado, han dificultado que mejorara el volumen o la calidad del agua suministrada. Los servicios actuales de evacuación de desechos líquidos y sólidos y de limpieza de calles no tienen capacidad suficiente para resolver los nuevos problemas que ha acarreado el crecimiento urbano. Por otro lado, la insuficiencia de estos servicios se debe a deficiencias en la planificación, administración y financiación e incluso a la falta de mantenimiento de las instalaciones.

*Contaminación ambiental.* Los problemas alimentarios y de contaminación del agua y del aire, incluso el de la calidad del suelo, afectan en especial a los marginados urbanos, que tienden a asentarse en la periferia de las ciudades o en la cercanía de sectores industriales donde la contaminación ambiental es mayor.

*Vivienda.* En las zonas urbanas marginales y en el interior de las ciudades la demanda de vivienda ha crecido con una rapidez dos o tres veces mayor que la oferta, lo que ha provocado hacinamiento, construcción deficiente, deterioro de los edificios antiguos y proliferación de asenta-

mientos precarios o miserables. Además, no siempre se observan las normas de construcción, en especial las relacionadas con las estructuras resistentes al fuego, a los terremotos y a las inundaciones.

*Transporte.* La red de transporte es insuficiente para el volumen de tráfico y adolece de una planificación y mantenimiento deficientes. Tiene una distribución desigual y no se extiende lo bastante a las zonas relativamente marginales de la ciudad; esto obstaculiza el acceso de los pobres urbanos a puestos de trabajo mejor retribuidos y a los centros de salud, educación y recreo.

*Medio ambiente en lugares de trabajo.* Se calcula que las enfermedades y accidentes laborales son de seis a ocho veces más frecuentes en las sociedades en desarrollo que en las industrializadas. Los trabajadores de los sectores marginales, en particular los ocupados en el autoempleo y en actividades lucrativas como la venta callejera o los mercados de productos agrícolas, trabajan por lo general en un medio ambiente desprotegido, inseguro e insalubre, con pocos servicios básicos o ninguno.

### **Características de los problemas urbanos de salud**

El deterioro mencionado del medio ambiente socioeconómico y físico en las zonas urbanas está estrechamente asociado con numerosos efectos adversos para la salud de los habitantes urbanos, en especial los pobres.

#### *Mortalidad y morbilidad*

El impacto del proceso de urbanización se refleja también en el cambio de las características de la mortalidad. Según datos del estudio más reciente de la OPS sobre las condiciones de salud en las Amé-

ricas (4), las cardiopatías, las enfermedades cerebrovasculares, los tumores malignos y los accidentes son ahora, junto con la influenza y la neumonía, la enteritis y otras enfermedades diarreicas y las afecciones perinatales, las causas principales de defunción para todas las edades en 38 países de la Región. Sin embargo, aún no se han analizado en todos los países de la Región la estructura de la mortalidad ni las diferencias entre la ciudad y el campo en lo que respecta a las tasas de mortalidad generales y específicas por edad. Incluso donde se han efectuado esos análisis, se ha cuestionado si la clasificación de la población urbana y de la rural empleada en muchos centros es lo bastante detallada y exacta para medir e interpretar las diferencias. Aunque varios estudios hechos sobre todo en América Latina durante los decenios de 1960 y 1970 revelaron diferencias de mortalidad y esperanza de vida a favor de las zonas urbanas (5-8), estas observaciones, aisladas del contexto real, pueden llevar a una interpretación y comprensión erróneas de la gravedad y magnitud de los problemas de salud en los centros urbanos, donde la única constante es el cambio social complejo y el crecimiento rápido. Esos estudios han mostrado también que los niños pequeños de las familias más pobres están expuestos a riesgos de morir bastante mayores en las ciudades que en el campo. Se ha encontrado que la mortalidad infantil está muy vinculada al estado civil y el nivel educativo de la madre. Otros estudios han demostrado que una causa importante de defunción entre los niños de corta edad son los accidentes, tanto domésticos como de tránsito, lo cual puede indicar la poca protección y cuidados que esos niños reciben. Con el aumento global previsto para la población urbana es probable que en números absolutos se modifiquen las diferencias de mortalidad entre las ciudades y las zonas rurales, de manera que sean menos acusadas o tal vez sean

favorables a las zonas rurales, en especial si los distintos sectores interesados no planifican desde ahora intervenciones apropiadas en las ciudades.

### *Grupos vulnerables*

En el medio urbano, sobre todo en áreas depauperadas, ciertos grupos de población son más propensos a padecer problemas de salud.

*Niños.* El medio urbano puede ser particularmente hostil para los niños. El desempleo, las malas condiciones de vivienda, las familias de un solo progenitor, la malnutrición, las enfermedades respiratorias agudas, las enfermedades transmitidas por el agua, los niños abandonados, el trabajo infantil prematuro y otros males de la pobreza urbana son endémicos y constituyen un factor de morbilidad y mortalidad elevadas entre los niños pequeños de familias urbanas pobres. Los sistemas de educación son a menudo deficientes y la estructura familiar y el medio ambiente en las ciudades ofrecen escasas oportunidades para otras formas de educación. También escasean los medios recreativos. Los niños, en particular los de familias con un solo progenitor, en las que este tiene un horario largo e irregular de trabajo, padecen privación familiar que es perjudicial para su adaptación psicosocial. En muchas zonas urbanas es alta la proporción de niños desatendidos o abandonados y son todavía muy pocos los centros comunitarios que puedan brindarles cuidado y protección.

*Mujeres.* Cada vez más se advierte que una proporción significativa de hogares urbanos está a cargo de mujeres, a menudo sin otra ayuda familiar (9). Las vastas zonas marginales donde viven son con frecuencia de carácter transitorio y no facilitan el desarrollo de otros grupos de apoyo informales. Las mujeres buscan trabajo, pero su limitada educación y la ausencia

de especialización laboral en un contexto de gran desempleo las fuerzan al autoempleo o a sectores de bajos ingresos, que casi siempre exigen largas horas de trabajo y privan por consiguiente a la familia, en particular a los niños, de cuidado y protección. Esta situación tiene además consecuencias perjudiciales para su propia salud física y mental. La gestación hace correr riesgos cada vez mayores a su salud. Están en peligro constante de quedar embarazadas en su búsqueda de apoyo masculino y son más vulnerables a la malnutrición, el estrés mental, los abusos y los vejámenes de índole sexual, con consecuencias negativas para ellas mismas y también para sus hijos en forma de mala salud, violencia o abandono. Su acceso a los servicios de salud está limitado en la práctica por la inexistencia de esos servicios en la zona donde viven, la incompatibilidad entre su trabajo y el horario de los servicios, el elevado precio de la atención de salud o una combinación de estos tres factores. Los problemas de salud que afectan a las trabajadoras y sus efectos en las familias, en especial en los niños pequeños, requieren estudios más profundos.

*Jóvenes.* Los jóvenes constituyen una proporción relativamente elevada de la población urbana. Algunos de ellos han inmigrado a las zonas urbanas o han pasado su niñez en condiciones familiares de marginalidad como las descritas. Muchos de ellos, por haber empezado a trabajar muy pronto o por abandono familiar o falta de supervisión paterna, han desertado de la escuela. Están por lo tanto imposibilitados para adquirir la capacitación profesional necesaria para un mercado laboral ya de por sí limitado. En este grupo se ha advertido un número mayor de embarazos, abortos ilegales y enfermedades de transmisión sexual. Entre otros problemas relativos a la salud frecuentes en este grupo están los de salud mental, la malnutrición, la toxicomanía, la violencia y los accidentes; estos dos últimos problemas están entre las causas principales

de defunción. Por añadidura, el bajo nivel educativo, el desempleo, las condiciones sociales y económicas desfavorables y la falta de orientación y apoyo familiar los coloca en un círculo vicioso que restringe las posibilidades de mejorar la calidad de su vida adulta.

*Ancianos.* Las proyecciones demográficas en los países de América Latina y del Caribe indican que la proporción de ancianos (65 años o más) (2) seguirá aumentando en los dos próximos decenios. Como la migración a las ciudades empezó hace más de 20 años, muchos de los ancianos viven ya probablemente en ellas. Es posible que la mayoría de las personas de este grupo vivan no solo en zonas socioeconómicas pobres, sino abandonadas a sí mismas y sin suficiente apoyo psicosocial y económico por parte de la familia y de la comunidad. No se conoce bien toda la magnitud de los problemas de salud que los agobian; sin embargo, como se ha señalado antes, el número creciente de estas personas se manifiesta en el hecho de que las enfermedades crónicas y degenerativas, asociadas también con el estrés y los riesgos propios del medio urbano, son ahora las causas principales de defunción en la mayoría de los países.

*Trabajadores.* Otra causa de preocupación creciente es la salud de los trabajadores urbanos, hombres y mujeres. El congestionado mercado laboral, para el que los pobres de zonas urbanas están a menudo mal preparados, les obstaculiza el esfuerzo por alcanzar y mejorar la salud y la calidad de la vida para ellos y sus familias. La mayoría de los empleos que consiguen son con frecuencia temporales, proporcionan ingresos inestables (por ejemplo, el autoempleo) o son ocupaciones manuales, casi siempre con ingresos muy reducidos. En ese tipo de empleos no se suele estar protegido ni respaldado por una legislación apropiada ni contar con servicios de salud ocupacional. Al mismo tiempo, al permanecer elevadas las tasas de fecundidad y al seguir aumentando el número de

ancianos, estos trabajadores tienen a su cargo la manutención de muchas personas dependientes. Cada vez se reconocen más las consecuencias adversas para la salud de este grupo y de sus dependientes, las cuales se manifiestan en forma de accidentes (la causa principal de defunción entre los trabajadores de 15 a 44 años), alcoholismo y en general mal estado de salud. Son pocos los puestos de trabajo que cuentan con servicios adecuados de salud para los trabajadores y menos aún los que tienen instalaciones de asistencia diurna para niños pequeños.

### *Servicios de salud*

La organización de los servicios urbanos de salud es compleja. Prestan servicios diversas instituciones como, por ejemplo, ministerios nacionales de salud, la seguridad social, organismos municipales o paraestatales y el sector privado. Estos organismos suelen diferir por su organización, administración, fuentes de financiación y cuantía de sus fondos. Además, esos servicios utilizan una elevada proporción de recursos financieros y humanos nacionales. Los servicios prestados por esos organismos no están, en su mayor parte, bien estructurados en función de los niveles de atención, lo cual permitiría una asignación y uso adecuados de los recursos. Cuando esto existe, el funcionamiento de los servicios está con frecuencia obstaculizado por la falta de sistemas eficaces de referencia. Los grandes hospitales han sido siempre el vehículo principal para la prestación de servicios urbanos de salud y centros finales de referencia para todo el país. Al mismo tiempo, ha sido limitado el desarrollo de los servicios ambulatorios y son insuficientes los servicios de asistencia social, de manera que no siempre son de fácil acceso para los habitantes de las zonas marginadas. La multiplicidad de organismos, combinada con las deficiencias en la estructura y

funcionamiento de los sistemas de salud, suele dar por resultado conflictos entre distintas instituciones interesadas, duplicación de servicios a los mismos grupos de población mientras que otros muchos permanecen desatendidos, distribución y empleo irracionales de los servicios y recursos y, por consiguiente, incapacidad de satisfacer las necesidades y demandas.

### **Desarrollo de los servicios urbanos de salud**

Si se considera la meta de salud para todos en el año 2000, no solo es enorme la tarea que tiene ante sí el sector salud, sino que se requerirán mejoras simultáneas y considerables en los sectores de empleo, vivienda, saneamiento ambiental, educación y otros servicios básicos. El análisis que se hace a continuación permite identificar los grupos y los problemas de salud prioritarios que será preciso tener en cuenta en los programas de desarrollo de los servicios urbanos de salud.

### *Problemas y consecuencias*

*Servicios personales de salud.* De conformidad con los principios de la atención primaria de salud, es de suma importancia preparar estrategias para incrementar el acceso y la disponibilidad de los servicios mediante la ampliación y la mayor eficiencia de la capacidad instalada y la reducción de las barreras económicas, sociales y culturales para los servicios personales de salud. Será preciso dar especial importancia a los niveles de atención menos complejos y darles el apoyo requerido mediante la reorientación de las redes de atención secundaria y terciaria. Al desarrollar una red básica de servicios personales de salud, los países deben tener en cuenta en especial los siguientes elementos del sistema:

- Servicios ambulatorios completos basados en la comunidad, como solución de

alta calidad y bajo costo para el tratamiento de afecciones que tradicionalmente se han considerado pertenecientes al ámbito de la atención hospitalaria.

- Organización de subsistemas accesibles de primeros auxilios dentro de la red de subsistemas básicos.

- Establecimiento de hospitales generales de tipo intermedio que presten apoyo a los servicios periféricos descritos y sirvan de primer nivel de referencia.

- Organización de servicios de salud mental o su institucionalización como elemento de los diversos niveles de atención.

- Desarrollo de sistemas innovadores basados en la comunidad que integren servicios sociales, educativos y de salud para niños desatendidos, ancianos y trabajadores cerca de sus lugares de trabajo.

La organización de redes completas que presten en los momentos oportunos una buena atención personal de salud requerirá: un sistema idóneo de referencia; mantenimiento del control de calidad y de las instalaciones, y mayor atención al empleo de tecnologías apropiadas. Será indispensable la coordinación interinstitucional, la cual implicará revisión de las políticas y reglamentaciones nacionales relativas a la interrelación y cometidos de las instituciones existentes, así como la creación de mecanismos de coordinación. Habrá que hacer hincapié en mejorar la capacidad gestora de las instituciones y el desarrollo de los recursos humanos en cuanto a cantidad, tipo, reorientación de su adiestramiento, distribución y uso.

*Servicios de salud ambiental.* El mejoramiento del medio ambiente urbano mediante adecuados sistemas de saneamiento básico es prioritario y debe incluir:

- Construcción y ampliación de los sistemas de abastecimiento de agua y saneamiento al ritmo del crecimiento de la población en las ciudades.

- Sistemas superficiales para el drenaje

higiénico del agua, especialmente en las zonas periféricas.

- Mejora de las actividades de mantenimiento como factor clave para asegurar la calidad del agua, evitar las fugas y el desperdicio, garantizar la continuidad del servicio, salvaguardar la salud y proteger las inversiones en este sector.

- Establecimiento de planes y sistemas para la evacuación de desechos sólidos y desechos industriales.

- Mejoramiento de la higiene y control de la calidad de los alimentos.

- Participación de la comunidad.

Para aminorar los problemas de salud de la población urbana no basta mejorar el funcionamiento de los servicios de salud, medio ambiente, etc. Será también necesario el apoyo de individuos y comunidades para la adopción de comportamientos favorables a la salud, el uso adecuado de los servicios y la participación en el proceso de desarrollo de la salud. Esto requerirá consagrar cuantiosos recursos a la educación en salud y mecanismos eficaces para suscitar y mantener la participación adecuada.

*Coordinación intersectorial.* La salud es fruto de una acción multisectorial y no exclusivamente del sector salud. Considerando los efectos asociados de la vivienda, la educación, la nutrición, el transporte, la distribución de los ingresos, el empleo y las condiciones ambientales en la salud de los residentes urbanos, será imprescindible mejorar la coordinación intersectorial en todos los niveles.

*Recursos financieros.* La necesidad de mejorar y extender los servicios ambientales y de salud fuerza a procurar fondos suficientes para la inversión de capital y para los gastos fijos presentes y futuros, y a considerar la repercusión de esos gastos en la inversión nacional total. También será preciso examinar atentamente las soluciones técnicas y arquitectónicas, así como la tecnología y el equipo apropiados en relación con la posibilidad de reducir la

cuantía de las inversiones y los gastos de funcionamiento del sistema ampliado sin sacrificar la calidad de la atención. Habrá que pesar con cuidado las diversas posibilidades de conseguir fondos adicionales en el país para resarcirse de algunos de los gastos fijos, teniendo en cuenta las consideraciones políticas y otros factores socioeconómicos.

### *Prioridades y enfoques*

Para proceder al análisis de las prioridades que cabe establecer en el desarrollo de la atención de salud en las zonas urbanas, es necesario enfocar las miras hacia aspectos como los objetivos mínimos que se han de alcanzar, los grupos vulnerables de la población y los programas de salud.

*Objetivos mínimos.* La meta general para todos los países de la Región es hacer accesibles los servicios de salud al 100% de la población. Los países han convenido también en las metas mínimas para el año 2000: esperanza de vida al nacer de 70 años por lo menos; tasa de mortalidad infantil no superior a 30 defunciones de menores de un año por 1 000 nacidos vivos; tasa de mortalidad en niños de uno a cuatro años no mayor de 2,4 por 1 000 niños de esta edad; vacunación de todos los niños menores de un año contra las principales enfermedades de la niñez (para 1990) y acceso del 100% de la población a servicios de agua potable y saneamiento básico. Estas metas mínimas se deben considerar siempre en el marco de los objetivos y prioridades establecidos para las zonas urbanas (2).

*Grupos vulnerables de la población.* Se deberá prestar especial atención a los grupos más postergados económicamente que viven en las condiciones precarias propias de las zonas urbanas marginadas en tugurios o villas miseria, en el centro y en la periferia de las ciudades. Con el rápido crecimiento de las ciudades de más de un millón de personas previsto para los

dos próximos decenios, es preciso fortalecer la estructura de los servicios en estas ciudades intermedias, antes de que se deteriore aun más (10). Los niños pequeños y las mujeres constituyen los grupos prioritarios para cualquier programa de mejoramiento de la salud. Considerando el gran número de jóvenes y sus complejos problemas, en los programas a ellos consagrados se deben tener en cuenta los múltiples factores que los afectan y sus necesidades en materia de educación, desarrollo mental y psicosocial, salud y empleo. Los trabajadores de las ciudades merecen mucha atención, sobre todo en lo que respecta a servicios de salud, asesoramiento, atención diurna y recreo cerca de sus lugares de trabajo y a su cobertura por la seguridad social y programas especiales. Tienen gran prioridad las necesidades de las trabajadoras, en especial las autoempleadas y las que trabajan en sectores marginales. Los ancianos de las zonas urbanas tienen en la práctica limitado acceso a los servicios de salud, así como escaso apoyo por parte de la familia y la comunidad. Sus necesidades físicas, mentales y de rehabilitación tendrán que ser satisfechas en el contexto del medio familiar y comunitario.

*Programas prioritarios de salud.* Para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000 se debe procurar establecer redes de atención primaria con servicios accesibles, eficaces y equitativos. Además de los ocho elementos esenciales de la atención de salud (11), se debe dar importancia en las ciudades a actividades como la educación de adultos; la atención diurna para niños y ancianos; la detección precoz y el tratamiento continuado de las enfermedades crónicas; la rehabilitación, asesoramiento y tratamiento para las enfermedades de transmisión sexual; la educación sexual; la salud mental, e incluso la orientación vocacional para mujeres y jóvenes. (La Conferencia de Alma Ata sobre Atención Primaria de Salud (1978)



recomendó que esta atención comprenda, cuando menos, las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia maternoinfantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes, y el suministro de medicamentos esenciales.) Entre los programas de salud que conviene intensificar figuran la reducción de las enfermedades relacionadas con el medio ambiente, el abastecimiento de agua potable, la organización de servicios adecuados de saneamiento, la recolección y evacuación higiénicas de los desechos sólidos, la mejora del medio ambiente en general, incluidos los lugares de trabajo, y la aplicación de las medidas dictadas contra la contaminación. También son prioritarios los programas de lucha antivectorial y las medidas para reducir los accidentes de tránsito, así como las enfermedades y accidentes laborales.

En cuanto a los enfoques daremos tan solo algunos ejemplos de proyectos integrados que podrían ser convenientes para satisfacer las necesidades básicas de salud de los pobres de las zonas urbanas y de grupos prioritarios de la población. Para mejorar de forma considerable la situación de los pobres de las zonas urbanas es necesario el desarrollo económico, social y físico, en especial para satisfacer las necesidades básicas en materia de salud, empleo, nutrición y vivienda (12). Políticas y planes nacionales bien preparados y que cuenten con amplia participación social, promoverán un proceso de desarrollo más equilibrado entre las ciudades y el campo, lo cual re-

ducirá la emigración rural y ayudará a paliar las consecuencias de esta. En los dos próximos decenios se necesitarán inversiones cuantiosas para atender las necesidades básicas de la creciente población, sobre todo en las zonas urbanas. Los siguientes son los medios propuestos:

- Análisis más detenido de la situación, como parte del proceso de planificación y programación, con el fin de identificar a los grupos de población expuestos, los riesgos y problemas de salud más importantes y estimar con mayor exactitud los recursos disponibles. Para preparar programas de acción más eficaces e idóneos se deben realizar estudios especiales que permitan identificar problemas específicos, como los que afectan a las mujeres y a los niños.

- Ejecución de proyectos en apoyo de redes de servicios completos de salud basados en la comunidad y respaldados por sistemas adecuados de referencia, en especial hospitales de nivel intermedio. Estos proyectos deben comprender como elementos integrantes otros servicios y mecanismos de apoyo, por ejemplo, servicios de diagnóstico y rehabilitación, redes de primeros auxilios y establecimientos docentes para trabajadores de salud. Se podrían apoyar proyectos de demostración para el establecimiento de métodos operativos que aseguren que los recursos lleguen a los grupos prioritarios y sean aprovechados por estos.

- Ejecución de proyectos de salud ambiental destinados a extender el abastecimiento de agua salubre, el alcantarillado y los servicios de evacuación de desechos sólidos, el control de vectores y la mejora del medio ambiente laboral. Sería importante para estos proyectos aplicar tecnologías apropiadas y fomentar la participación de las comunidades.

- Organización de proyectos para satisfacer algunas de las necesidades básicas de los grupos vulnerables, en vista de la interrelación de los problemas que afectan la salud de los pobres de las zonas urbanas.

También será necesario proporcionar servicios, o hacer accesibles los ya existentes, a grupos de la comunidad de manera que participen en el desarrollo de proyectos integrados basados en la propia comunidad, tales como: los que se ocupen de nutrición, vivienda, educación, desarrollo industrial, atención de salud, asistencia diurna para niños pequeños pobres, y para familias de un solo progenitor; los proyectos que comprendan asistencia diurna, rehabilitación, atención de salud, nutrición y protección psicosocial a los ancianos; los destinados a jóvenes que no asisten a la escuela y desempleados, que incluyan atención de salud, medios recreativos, educación y orientación profesional, planificación familiar y educación sexual, consultorios de salud mental, prevención de la toxicomanía y tratamiento continuado de las enfermedades de transmisión sexual. Sería conveniente la participación activa de los jóvenes en estos proyectos. También habrá que desarrollar métodos integrados e innovadores orientados a resolver las necesidades de salud de las mujeres trabajadoras, especialmente de las empleadas en sectores marginales. Esos proyectos, que también deberían llevarse a cabo con su activa participación, podrían incluir elementos de atención de salud, planificación de la familia y asesoramiento en problemas familiares, educación nutricional, asistencia diurna para niños, saneamiento general, capacitación (por ejemplo, en comercialización, empaquetado, administración de pequeños negocios) y en general proyectos para generar ingresos.

## Conclusiones

La salud para todos en el año 2000 es una meta social que solo se podrá alcanzar mediante la cooperación multisectorial. El mejoramiento de la salud en las ciudades de la Región requiere políticas y estrategias vigorosas e imaginativas de desarrollo in-

tersectorial, en el contexto de planes nacionales para el desarrollo urbano y rural, que a su vez dependen en último término de la voluntad decidida de una acción concertada en los países, en coordinación con organismos internacionales.

## Resumen

El proceso de urbanización acelerada en América Latina y el Caribe tiene repercusiones de gran magnitud en la mayor parte de la población de la Región. Desigualdad de ingresos, disponibilidad y consumo de alimentos insuficientes, educación primaria, desempleo y subempleo, vivienda deficiente, contaminación ambiental, son factores que afectan gravemente sobre todos a los pobres de las zonas urbanas. Este deterioro del ambiente socioeconómico y físico tiene un impacto adverso en la morbilidad y mortalidad de la población, especialmente en ciertos grupos vulnerables de las zonas depauperadas como niños, mujeres y ancianos. Por estas razones, en los programas de desarrollo de los servicios urbanos de salud deberá tenerse en cuenta que es preciso preparar estrategias encaminadas a incrementar el acceso y la disponibilidad de los servicios y a reducir las barreras económicas, sociales y culturales para los servicios personales de salud. Pero no basta mejorar el funcionamiento de los servicios de salud, sino que se ha de contar con el apoyo de individuos y comunidades para que se adopten comportamientos favorables a la salud. También habrá que mejorar la coordinación intersectorial en todos los niveles con el fin de que se establezcan métodos operativos que aseguren que los recursos lleguen a los grupos prioritarios y sean aprovechados por estos; dicha coordinación implicará revisión de las políticas y reglamentaciones nacionales relativas a la interrelación y cometidos de las instituciones existentes, así como el mejoramiento de su capacidad de gestión. ■

## Agradecimiento

Dada la complejidad del tema de la urbanización en América Latina y el Caribe, y de sus consecuencias dentro del contexto de salud pa-

ra todos, este trabajo no habría sido posible sin las valiosas contribuciones del personal profesional de la Organización Panamericana de la Salud que trabajan en disciplinas variadas.

## REFERENCIAS

1. Banco Mundial. Sector working paper. *Urbanization*, junio de 1972.
2. Organización Panamericana de la Salud. *Salud para todos en el año 2000. Estrategias*. Washington, D.C., 1980. (Documento Oficial 173.)
3. Linn, J. *Policies for Efficient and Equitable Growth of Cities in Developing Countries*. World Bank Staff Working Paper 342, julio de 1979.
4. Organización Panamericana de la Salud. *Las condiciones de salud en las Américas, 1977-1980*. Washington, D.C., 1982. (Publicación Científica 427.)
5. Puffer, R. R. y Griffith, G. W. *Características de la mortalidad urbana—Informe de la Investigación Interamericana de Mortalidad*. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C., 1968. (Publicación Científica 151.)
6. Carvalho, J. A. *et al.* Renda e concentração de mortalidade no Brasil. *CEDEPLAR*, junio de 1977.
7. Castillo, G. *et al.* Evaluación de la mortalidad infantil en la República Mexicana durante el período 1930-70. *Eval Anal Serie III*, N° 1, 1975.
8. Taucher, E. Mortalidad infantil en Chile. Tendencias y causas. Santiago, CELADE, octubre de 1978.
9. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *Urban Basic Services: Reaching Children and Women of the Urban Poor*. Report by the Executive Director, 1982.
10. Fox, R. W. Issues paper: PAHO/IDB Seminar on Health Problems in Urban Areas in Latin America. Febrero de 1982.
11. Organización Mundial de la Salud. *Alma Ata 1978: Atención primaria de salud*. Ginebra, 1978. (Serie Salud para Todos 1.)
12. Organización Panamericana de la Salud. *Health in Big Cities*. Sponsored Regional Meetings. Final Report. Washington, D.C., 1981. Buenos Aires, 1982.

---

## Health in urban areas of Latin America and the Caribbean (Summary)

Accelerated urbanization in Latin America and the Caribbean is having a great impact on the majority of the Region's population. Disparities in income, insufficient food availability and consumption, elementary education, unemployment and underemployment, deficient housing and environmental pollution are factors that seriously affect urban areas and especially the poor. Deterioration in the socioeconomic and physical environment is

worsening morbidity and mortality rates, particularly among certain vulnerable groups, such as women, children and the elderly in impoverished areas. Within programs to develop urban health services, consideration should thus be given to the need to prepare strategies aimed at increasing access to and availability of services and at reducing economic, social and cultural barriers to personal health services. Upgrading health

service operations is not sufficient, since support through individuals and communities adopting behavior that is favorable to health is also needed. Intersectoral coordination at all levels should be improved as well, so that operational methods may be established to ensure that resources reach priority groups and

are used by them; such coordination implies examining national policies and regulations regarding the interrelationships and commitments of existing institutions, in addition to improving their management capabilities.

### **Saúde nas zonas urbanas da América Latina e do Caribe (Resumo)**

O processo de urbanização acelerado tanto na América Latina quanto no Caribe causa repercussões de grande magnitude na maioria da população da Região. A desigualdade de rendas, a insuficiência tanto da disponibilidade quanto do consumo de alimentos, de oportunidades de educação primária, o desemprego e o subemprego, deficiência no campo habitacional, a poluição ambiental—todos esses são fatores que afetam gravemente e sobretudo os pobres das zonas urbanas. Essa deterioração do ambiente sócio-econômico e físico produz um impacto adverso na morbidade e mortalidade da população, maiormente em certos grupos vulneráveis de zonas depauperadas tais como crianças, mulheres e pessoas idosas. Por causa dessas razões, nos programas de desenvolvimento dos serviços urbanos de saúde dever-se-á levar em conta que é preciso preparar as estratégias

encaminhadas a aumentar o acesso e a disponibilidade dos serviços e a diminuir as barreiras econômicas, sociais e culturais no âmbito dos serviços pessoais de saúde. Porém não é bastante que somente se consiga melhorar o funcionamento dos serviços de saúde; é preciso contar com o apoio de indivíduos e de comunidades para que se adotem comportamentos favoráveis à saúde. Será necessário também que se melhore a coordenação intersectorial em todos os níveis a fim de estabelecer métodos operacionais que garantam que os recursos cheguem aos grupos prioritários e que esses os aproveitem devidamente; essa coordenação pressupõe um reexame das políticas e regulamentações nacionais relativas à inter-relação e obrigações das instituições existentes, bem como o melhoramento da sua capacidade de administração.

### **La santé dans les zones urbaines d'Amérique latine et des Caraïbes (Résumé)**

Le processus d'urbanisation accélérée en Amérique latine et dans les Caraïbes a de profondes répercussions au sein de la majeure partie de la population de la Région. Inégalité des revenus; disponibilité et consommation de produits alimentaires insuffisante, chômage et sous-emploi, logement déficient, pollution de l'environnement sont autant de facteurs qui affectent en particulier les plus pauvres dans les zones urbaines. Cette détérioration du milieu ambiant, tant sous l'aspect socio-économique que matériel, a une influence néfaste sur la morbidité et la mortalité de la

population notamment parmi certains groupes particulièrement vulnérables des zones misérables: les enfants, les femmes, les vieillards. De là la nécessité de mettre au point, dans les programmes de développement des services urbains de santé, des stratégies conçues en vue d'élargir l'accès et la disponibilité des services et d'abattre les barrières économiques, sociales et culturelles pour les services personnels de santé. Mais il ne suffit pas d'améliorer le fonctionnement des services de santé, il faut aussi compter avec l'appui des individus et communautés pour y adopter des

mesures favorables a la santé. Il sera également nécessaire de promouvoir une plus étroite coordination intersectorielle à tous les niveaux afin d'établir des méthodes opérationnelles visant à faire en sorte que les ressources parviennent bien aux groupes prioritaires et

que ceux-ci les mettent à profit. Cette coordination impliquera une révision des politiques et réglementations nationales en matière d'inter-relation et obligations des institutions existantes, ainsi que l'amélioration de leur capacité de gestion.

### 9° CONGRESO INTERNACIONAL DE DIETETICA

En Toronto, Canadá, del 1 al 6 de julio de 1984 tendrá lugar este Congreso cuyo tema principal es Dietética en la Aldea Mundial. Tema sugestivo basado en el concepto de que, a causa de los avances de la tecnología de la comunicación y de la nueva independencia electrónica que se ha creado, toda la familia humana confluye para poblar una única aldea mundial. Durante las sesiones, talleres y seminarios se tratarán, entre otros los siguientes problemas: los sistemas de producción de alimentos, la nutrición y el cerebro, el acceso al consumidor a través de los medios de comunicación masivos, la nutrición prenatal, etc. Se contempla también una variedad de visitas y excursiones para los participantes.

Las personas interesadas deben dirigir su correspondencia a: Congress Secretariat, Congress Canada, Suite 603, 250 University Avenue, Toronto, Ontario, Canadá, M5H 3E5. Teléfono (416)591-1498.