



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



42.º CONSEJO DIRECTIVO 52.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

Washington, D.C., del 25 al 29 de septiembre de 2000

Punto 4.2 del orden del día provisional

CD42/6 (Esp.)
18 agosto 2000
ORIGINAL: INGLÉS

LA SITUACIÓN SANITARIA Y SUS TENDENCIAS EN LAS AMÉRICAS

El objetivo del presente documento es proporcionar información sobre la situación sanitaria en las Américas para apoyar la formulación, por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y los países, de programas y actividades multiestratégicos para el mejoramiento de la salud de la población de la Región. Tiene por fundamento datos básicos diversos obtenidos de la iniciativa de Datos Básicos de Salud/Perfiles Básicos de Salud de los Países, de la OPS, así como información derivada de análisis sanitarios nacionales. El trabajo de la OPS está unificado por los conceptos de la equidad y el panamericanismo, y estos proporcionan gran parte de la dirección y el punto de mira de su cooperación técnica.

Hay una urgente necesidad de mejorar la información empírica de salud pública a fin de facilitar la evaluación periódica de la situación sanitaria y el análisis de sus tendencias en todos los grupos de población y los niveles geográficos, y no solo los promedios nacionales. Los datos nacionales desglosados geográficamente son esenciales para detectar disparidades y encauzar recursos para subsanar las desigualdades.

La Organización está comprometida a trabajar para la consolidación de los sistemas de información sanitaria y las plataformas de comunicación en los Estados Miembros. Esta estrategia ayudará a documentar la repercusión de las intervenciones de salud y reducir las disparidades que son tan características del panorama sanitario de la Región.

Se pide al Consejo Directivo que examine el documento y formule las observaciones del caso para ayudar a la Organización a consolidar la iniciativa de Datos Básicos de Salud/Perfiles Básicos de Salud de los Países.

ÍNDICE

	<i>Página</i>
1. Introducción	3
2. Tendencias demográficas y de urbanización.....	3
3. Situación sanitaria y polarización epidemiológica.....	6
4. La respuesta de la OPS	8

1. Introducción

El objetivo del presente documento es proporcionar información sobre la situación sanitaria de las Américas para apoyar la formulación continua, por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y por los países, de programas y actividades multiestratégicos para el mejoramiento de la salud de la población de la Región.

La labor de la OPS se unifica en torno a los conceptos de equidad y panamericanismo, que orientan y encauzan en gran medida la cooperación técnica. La OPS se afana sobre todo en colaborar con los Estados Miembros para reducir las inequidades en materia de salud. La integración de la salud en el programa de trabajo social y económico para todos los grupos de población es una premisa clave para el desarrollo nacional y regional. Los datos sanitarios fidedignos representan un requisito previo esencial para todos estos enfoques.

En este documento se presenta un resumen de la situación sanitaria y sus tendencias en las Américas, el cual tiene como fundamento datos diversos obtenidos de la iniciativa Datos Básicos de Salud/Perfiles Básicos de Salud de los Países, así como datos de análisis sanitarios nacionales. El documento se divide en tres secciones: a) tendencias demográficas y de urbanización; b) situación sanitaria y polarización epidemiológica; y c) la respuesta de la OPS para fortalecer las iniciativas de información sanitaria básica y de análisis nacionales de la situación sanitaria.

2. Tendencias demográficas y de urbanización

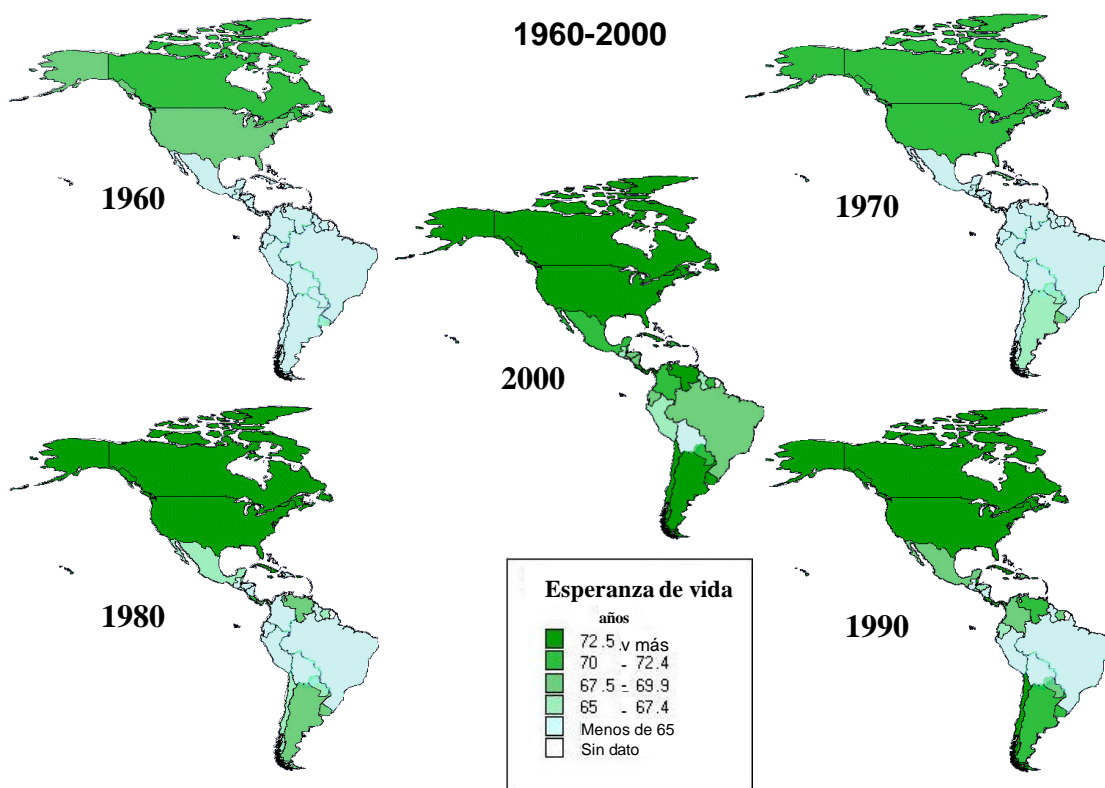
Durante la última parte del siglo XX, una transición demográfica importante se produjo en la Región de las Américas. La disminución de las tasas de mortalidad durante los treinta últimos años ha motivado a los demógrafos a usar el término "transición demográfica". En 1950, la población de las Américas era de 331 millones de habitantes; en 1999, se calculó en 823 millones de habitantes, cifra que representa casi 14% de la población mundial. Cerca de un tercio de esa población reside en los Estados Unidos, mientras que otro tercio se reparte en dos países: México y Brasil. El tercio restante se reparte entre los otros 45 países y territorios de la Región.

La transición demográfica en las Américas y, en particular, América Latina y el Caribe, empezó con una disminución en la mortalidad infantil y en la niñez. Entre los períodos 1980-1996 y 1990-1996, la mayoría de los países redujeron a la mitad sus tasas de mortalidad por enfermedades transmisibles en los niños menores de 1 año.

En América Latina, el promedio de la esperanza de vida al nacer correspondiente al período 1995-1999 era de 70 años, que corresponde a la meta fijada para el final del siglo en la estrategia de salud para todos en el año 2000. La figura 1 presenta los cambios de la tendencia de la esperanza de vida en la Región entre 1960 y 2000. Hay, sin embargo, gran diversidad entre los países y dentro de cada país. En la Región, el intervalo es de 54,1 a 79,2 años. Hay una diferencia de más de 25 años entre los países que ocupan los dos extremos del intervalo. En muchos países, las tasas subnacionales internas reflejan brechas mayores, que traducen diferencias sustanciales del riesgo relativo y absoluto de morir prematuramente.

Figura 1

Tendencias en la esperanza de vida en la Región de las Américas



Entre 1950-1955 y 1995-2000, la diferencia entre la esperanza de vida de los hombres y la de las mujeres aumentó de 3,3 a 5,7 años en América Latina, de 2,7 a 5,2 años en el Caribe, y de 5,7 a 6,6 años en América del Norte. Este cambio en el perfil demográfico ha dado lugar al envejecimiento de la población en general, con un aumento concomitante de las enfermedades crónicas y degenerativas y las discapacidades, que afectan a las mujeres con mayor frecuencia.

El nivel de crecimiento de la población, combinado con las variadas tasas de mortalidad y fecundidad, caracteriza la transición demográfica en las Américas. Para determinar el nivel de esta transición en los países correspondientes, se emplea la siguiente clasificación en cuatro grupos.

- *Grupo 1.* Transición incipiente (tasa de natalidad alta, mortalidad alta, crecimiento natural moderado [2,5%]): Bolivia y Haití.
- *Grupo 2.* Transición moderada (tasa de natalidad alta, mortalidad moderada, crecimiento natural alto [3,0%]): El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Paraguay.
- *Grupo 3.* Transición completa (tasa de natalidad moderada, mortalidad moderada o baja, crecimiento natural moderado [2,0%]): Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guyana, México, Panamá, Perú, República Dominicana, Suriname, Trinidad y Tabago, y Venezuela.
- *Grupo 4.* Transición avanzada (tasa de natalidad moderada o baja, mortalidad moderada o baja, crecimiento natural bajo [1,0%]): Argentina, Bahamas, Barbados, Canadá, Chile, Cuba, Estados Unidos, Jamaica, Martinica, Puerto Rico y Uruguay.

Es claro que los promedios no dan el panorama completo; por este motivo, las medidas de distribución de los indicadores de mortalidad y morbilidad se están usando cada vez más. El siguiente es un ejemplo de las investigaciones en esta dirección, que incluye el uso del coeficiente de Gini¹.

¹ El coeficiente de Gini se basa en la curva de Lorenz, que es la representación gráfica de una variable con distribución uniforme (es decir, situación de igualdad) en la población. Una línea diagonal representa esta distribución uniforme. Cuanto mayor es la distancia entre la curva de Lorenz y la línea diagonal, mayor es la desigualdad. Los valores posibles del coeficiente de Gini varían de cero a uno. El indicador sería igual a cero en condiciones de igualdad perfecta.

Las figuras 2a y 2b presentan el coeficiente de Gini para dos países con diferentes niveles de transición demográfica (moderada y avanzada). El grado de desigualdad en la mortalidad infantil, medida por el coeficiente de Gini correspondiente, es más de dos veces mayor en un país que se encuentra actualmente en una transición demográfica moderada que en uno que se halla en fase de transición demográfica completa. Es importante destacar las diferencias pronunciadas en la magnitud de las desigualdades sanitarias entre las poblaciones latinoamericanas que pasan por la misma etapa de transición demográfica. Las figuras 3a y 3b muestran el nivel de las desigualdades en la mortalidad infantil ajustadas según las diferencias socioeconómicas, medidas por el índice de concentración², contrastando dos países con el mismo nivel de transición demográfica (completa). La magnitud de las desigualdades en la mortalidad infantil es casi tres veces mayor en un país que en el otro, lo cual indica que, a pesar de las semejanzas en la transición demográfica, probablemente haya diferencias importantes relacionadas con sus procesos socioeconómicos respectivos y la polarización epidemiológica.

En 2000, se calcula que, en promedio, la población urbana regional alcanza 76,0%. Sin embargo, el promedio para el Cono Sur es de 85,3%, y para Centroamérica, 48,3%. Las figuras 4 y 5 muestran la distribución de la población urbana de la Región por unidades geográficas subnacionales, con una variación de 11% a 99%. El aumento de la urbanización en el continente americano ha tenido importantes implicaciones sanitarias en el sentido de que ha aumentado el riesgo absoluto de problemas sociales significativos, como la violencia y los accidentes.

3. Situación sanitaria y polarización epidemiológica

La mayoría de los análisis de la situación sanitaria de los países de las Américas han destacado el progreso notable logrado durante el siglo XX en la postergación de la muerte y la mayor duración de la vida saludable para ciertos grupos de población. Por otro lado, esos análisis también han subrayado las grandes disparidades que todavía existen entre el promedio nacional de la duración prevista de la vida y el valor observado en los grupos desfavorecidos. Aunque se han logrado importantes adelantos en el control de las enfermedades infecciosas y parasitarias, estas siguen siendo causas importantes de defunción, con tasas similares a las de las enfermedades no transmisibles.

² El índice de concentración mide el grado en que las variables particulares de la situación sanitaria se distribuyen desigualmente con relación a los quintiles clasificados por una variable socioeconómica. Los valores varían entre -1 y +1. Cuanto más cerca de cero está el índice de cualquier indicador de salud, menos concentrada está la desigualdad de salud para ese indicador.

Hacia el final del siglo XX, las tasas de mortalidad han descendido en prácticamente todos los países americanos. La duración promedio de la vida en América Latina ha aumentado 18 años en cuatro decenios. Sin embargo, ha surgido en la Región un tipo singular de mortalidad que refleja una polarización epidemiológica, la cual se caracteriza por la coexistencia prolongada de dos tipos de mortalidad: uno que es característico de las sociedades desarrolladas (causas crónicas y degenerativas) y otro que se asocia con condiciones de vida socialmente deficientes (causas infecciosas y parasitarias), aunado a una mortalidad alta por accidentes y actos de violencia. La contribución relativa de las enfermedades crónicas al tipo de mortalidad es tan importante como el de las enfermedades transmisibles. Esta polarización se refleja en la estructura de las causas de muerte presentada en las figuras 6a-b y 7. Este perfil indica la persistencia de grandes brechas sanitarias entre diferentes grupos sociales y zonas dentro de los países. No todos los subgrupos de población han logrado el acceso pleno a las condiciones sanitarias y de vida adecuadas que se necesitan para mantener los cambios acentuados en las causas de defunción. Las diferencias crecientes en cuanto a los ingresos y las desigualdades sociales siguen planteando inquietudes debido a su efecto sobre el ensanchamiento de las diferenciales de mortalidad en la Región.

Teniendo en cuenta los promedios nacionales, entre 1980 y 1999 se observó una disminución en el número de años de vida potencial perdidos (AVPP) en toda la Región. Si bien una parte de este cambio puede atribuirse al envejecimiento de la población, la causa principal fue la disminución de la mortalidad en los primeros años de vida. Sin embargo, la intensidad y la rapidez de esta disminución no fue igual en todos los países, ni siquiera en diferentes zonas del mismo país.

Las inequidades en el riesgo de enfermarse y morir prematuramente se correlacionan con las inequidades en la distribución de los recursos. Por ejemplo, las tasas de mortalidad infantil varían de un país a otro y dentro de un país dado. Este fenómeno se ilustra claramente en la figura 8, que muestra un intervalo de 3,7 a 133 por 1.000 nacidos vivos a nivel nacional. En varios países con un nivel de ingresos relativamente alto, este indicador varía de 13,4 a 109,8 por 1.000 nacidos vivos a nivel nacional. Por consiguiente, hacer un desglose subnacional de la información resulta muy importante y pertinente, ya que, como se indicó con anterioridad, los promedios nacionales de los indicadores de salud no reflejan la heterogeneidad que existe en la distribución de frecuencia de dichos indicadores dentro de un país dado. Las desigualdades sanitarias regionales y nacionales observadas se repiten con mayor intensidad a los niveles subnacional y local.

Las enfermedades no transmisibles representaron 49,7% de la mortalidad de la población adulta en las Américas, aunque las causas externas representaron 13,8% de las

defunciones. En el período 1990-1995, 89% de las víctimas de homicidio fueron hombres, según se informó en un número considerable de países. Esto representó un aumento de 65% sobre el nivel de 1980-1985 para los hombres; para las mujeres, el aumento fue de 30%. En todas las subregiones, casi tres veces más hombres que mujeres murieron por accidentes automovilísticos entre 1980 y 1996.

Para formular políticas sanitarias debe usarse la información de diferentes grupos de población y no solo los promedios nacionales. Además, se necesita impulsar de manera sostenida el desglose local de la información para el análisis sanitario. Es urgente la necesidad de mejorar la información de salud pública empírica que facilite la evaluación periódica de la situación sanitaria y el análisis de sus tendencias en todos los grupos de población y niveles geográficos, y no sólo con los promedios nacionales.

4. La respuesta de la OPS

Una de las responsabilidades fundamentales de la Organización es facilitar la recopilación y difusión de información sanitaria, y hay una historia larga y fructífera de colaboración de la OPS con los Estados Miembros en esta área. En 1995, la Organización lanzó la iniciativa de Datos Básicos de Salud/Perfiles Básicos de Salud de los Países, que pretende usar la tecnología moderna para sistematizar la recopilación, el análisis y la difusión de los datos esenciales de salud. La disponibilidad de datos nacionales desglosados desde el punto de vista geográfico es esencial para detectar disparidades y encauzar los recursos a fin de colmar las brechas que son inequitativas.

A la OPS le complace observar el progreso logrado en las Américas en este sentido. Dieciocho ministerios de salud han establecido sistemas para recopilar, analizar y publicar los datos básicos en un formato bastante uniforme. Este es un logro digno de mención.

La Organización afronta ahora el reto de seguir mejorando la comparabilidad, la validez y la fiabilidad de la información sanitaria para identificar y cuantificar las desigualdades que afectan desproporcionadamente a ciertos segmentos de las sociedades, así como reconocer los factores importantes que determinan las desigualdades sanitarias. La OPS está colaborando con autoridades sanitarias nacionales, instituciones académicas y grupos de la sociedad civil para seguir refinando los instrumentos metodológicos y operativos para las evaluaciones de salud subnacionales y locales, así como para lograr la selección de indicadores e índices adecuados y útiles. Se está prestando atención especial a instrumentos e índices útiles y prácticos que puedan aplicarse y generarse en el plano nacional.

La Organización está comprometida a colaborar para consolidar los sistemas de información sanitaria y las plataformas de comunicación en los Estados Miembros. Esta estrategia ayudará a documentar la repercusión de las intervenciones de salud en la reducción de las disparidades que son tan características del panorama sanitario de las Américas.

Figura 2. Desigualdades en la mortalidad infantil

Figura 2a

Desigualdades en la mortalidad infantil: curva de Lorenz y coeficiente de Gini. La distribución acumulativa de las defunciones de menores de 1 año de edad entre la población acumulativa de nacidos vivos se clasificó según la magnitud de la tasa de mortalidad infantil. País con una transición demográfica moderada (fase II), 1998.

Coeficiente de Gini = 0.216

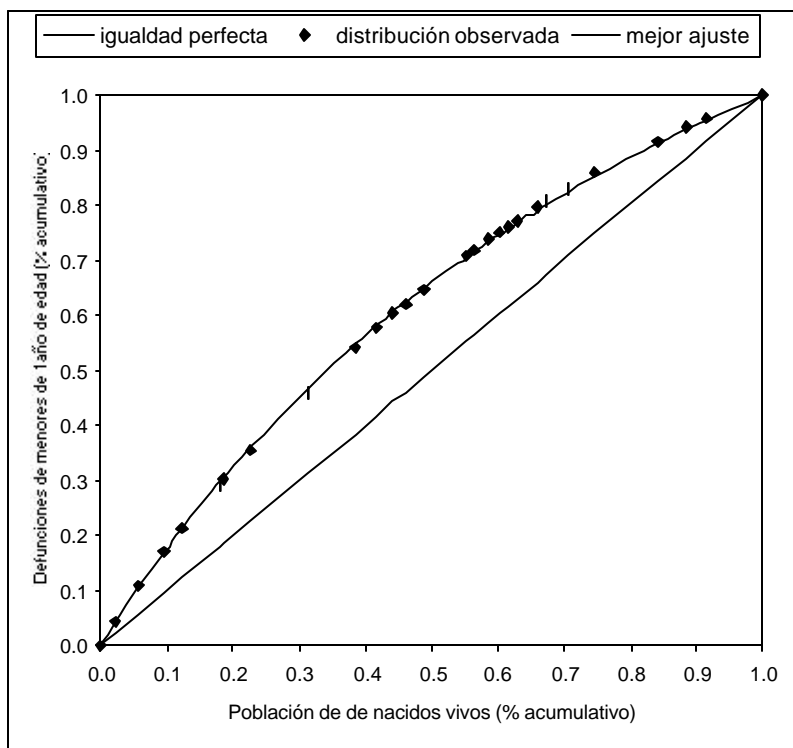


Figura 2b

Desigualdades en la mortalidad infantil: curva de Lorenz y coeficiente de Gini. La distribución acumulativa de las defunciones de menores de 1 año de edad entre la población acumulativa de nacidos vivos se clasificó según la magnitud de la tasa de mortalidad infantil. País con una transición demográfica moderada (fase IV), 1997.

Coeficiente de Gini = 0.090

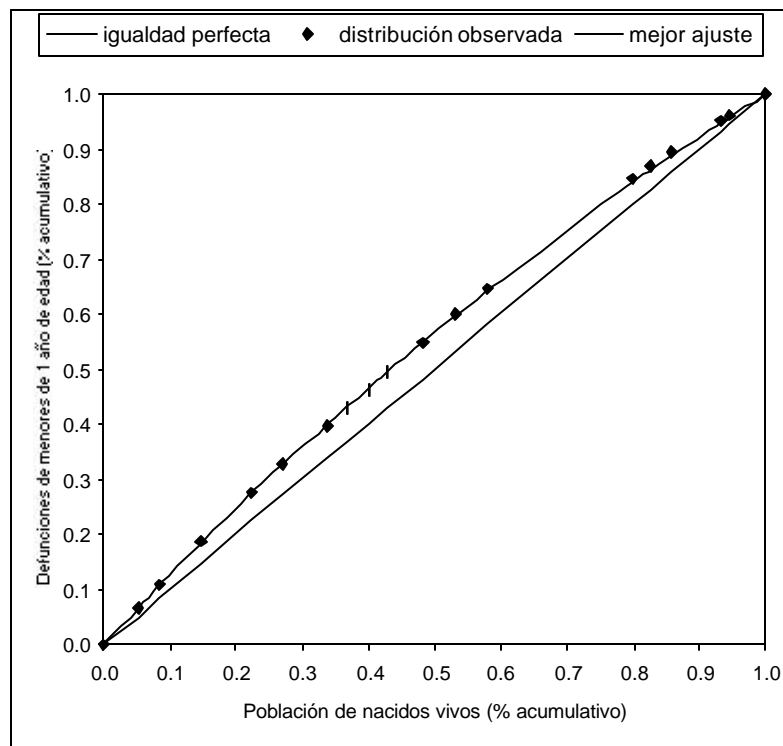


Figura 3: Desigualdades socioeconómicas en la mortalidad infantil

Figura 3a:

Desigualdades socioeconómicas en la mortalidad infantil: curva de concentración e índice. La distribución acumulativa de las defunciones de menores de 1 año de edad entre la población acumulativa de nacidos vivos se clasificó por el estado socioeconómico (ESE), según la proporción de los hogares que vivían bajo el umbral de pobreza nacional. País con una transición demográfica avanzada (fase III), 1997.

Índice de concentración = - 0.228

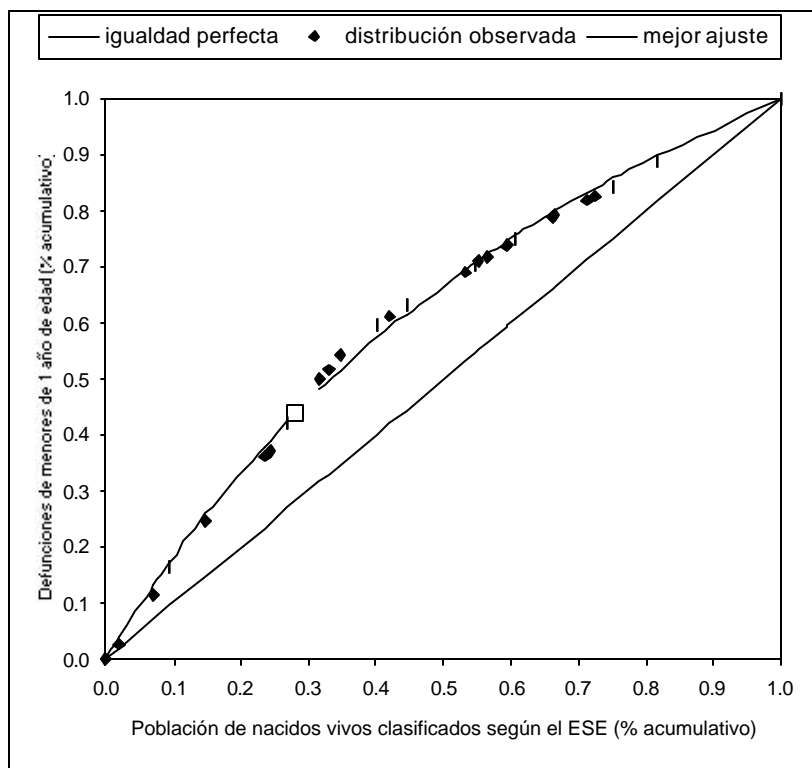


Figura 3b:

Desigualdades socioeconómicas en la mortalidad infantil: curva de concentración e índice. La distribución acumulativa de las defunciones de menores de 1 año de edad entre la población acumulativa de nacidos vivos se clasificó por estado socioeconómico, según la magnitud del índice nacional de desarrollo social. País con una transición demográfica avanzada (fase III), 1999.

Índice de concentración = 0.088

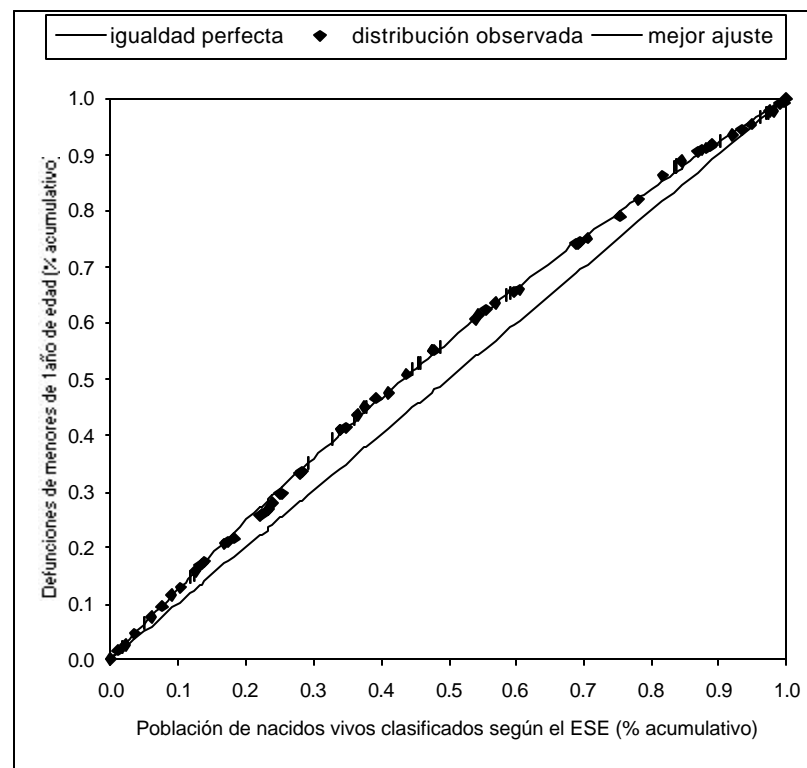
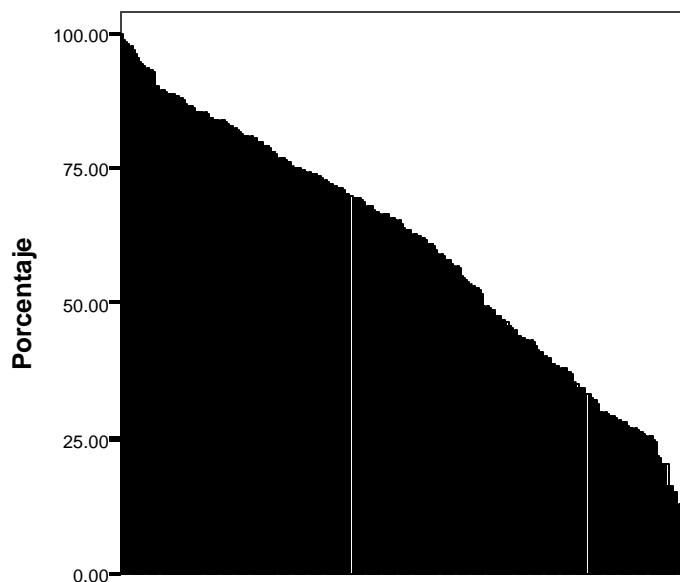


Figura 4:

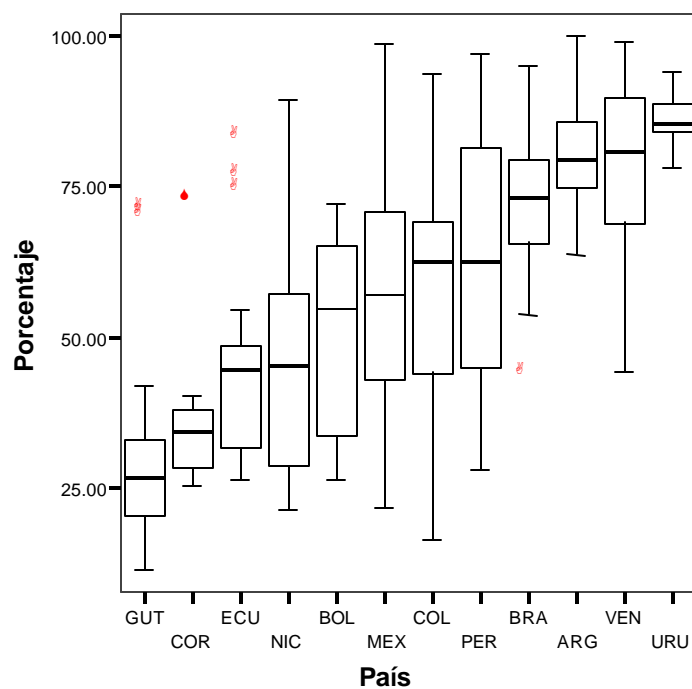
**Población urbana en las Américas, 1995-2000.
Distribución por unidades subnacionales en 12 países.**

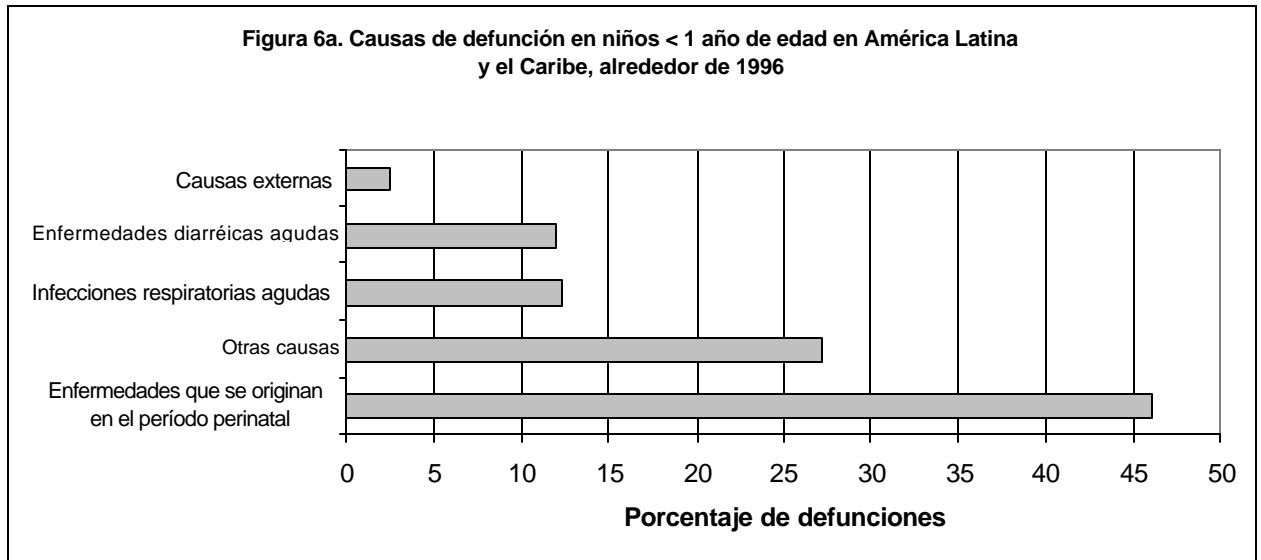


Unidades geográficas subnacionales (n=250)

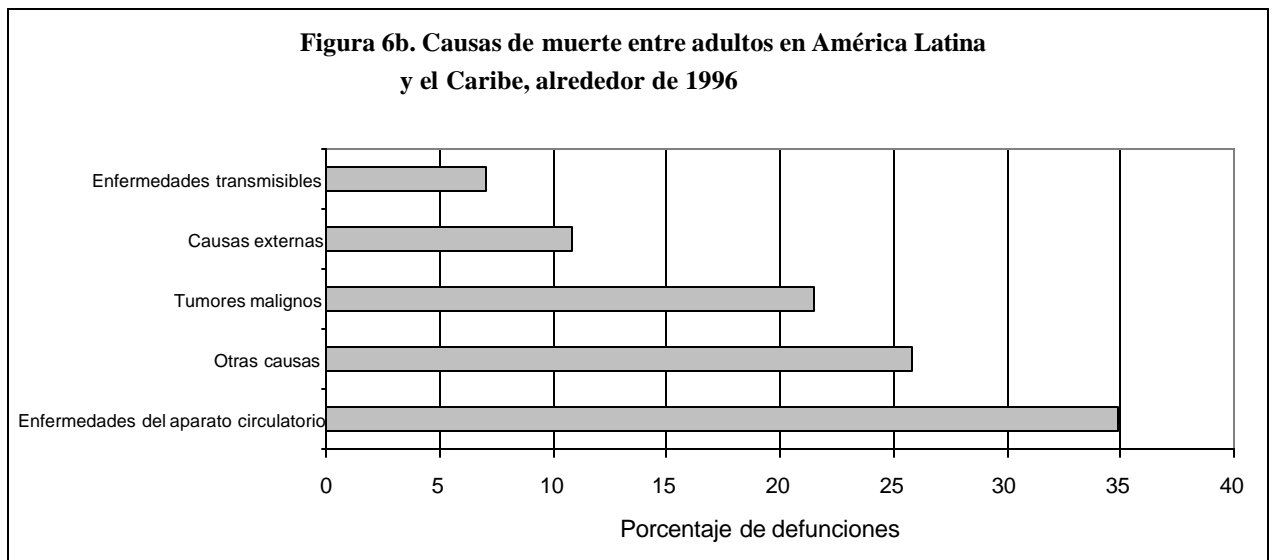
Figura 5

**Población urbana en las Américas, 1995-2000.
Distribución de países por unidades subnacionales.**





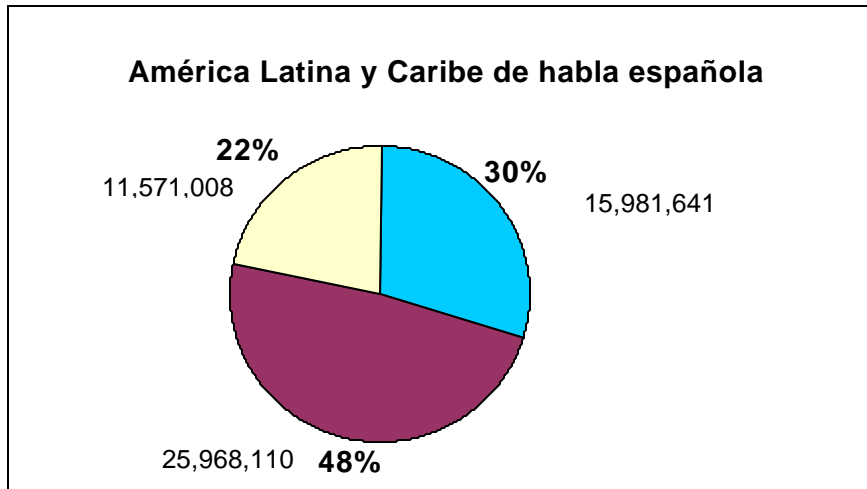
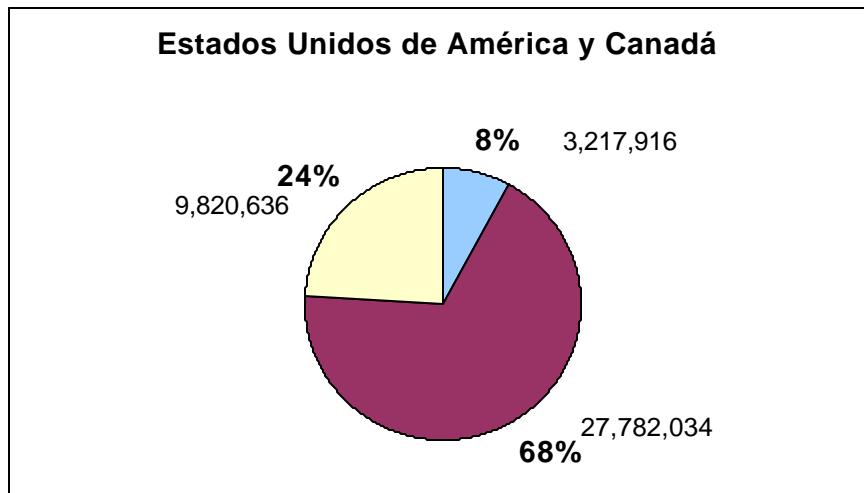
Fuente: Programa Especial de Análisis de Salud, Programa de Información Técnica de Mortalidad.



Fuente: Programa Especial de Análisis de Salud, Programa de Información Técnica de Mortalidad.

Figura 7

Años de vida potencial perdidos por grupo general de causas, según la zona y el último año disponible alrededor de 1995






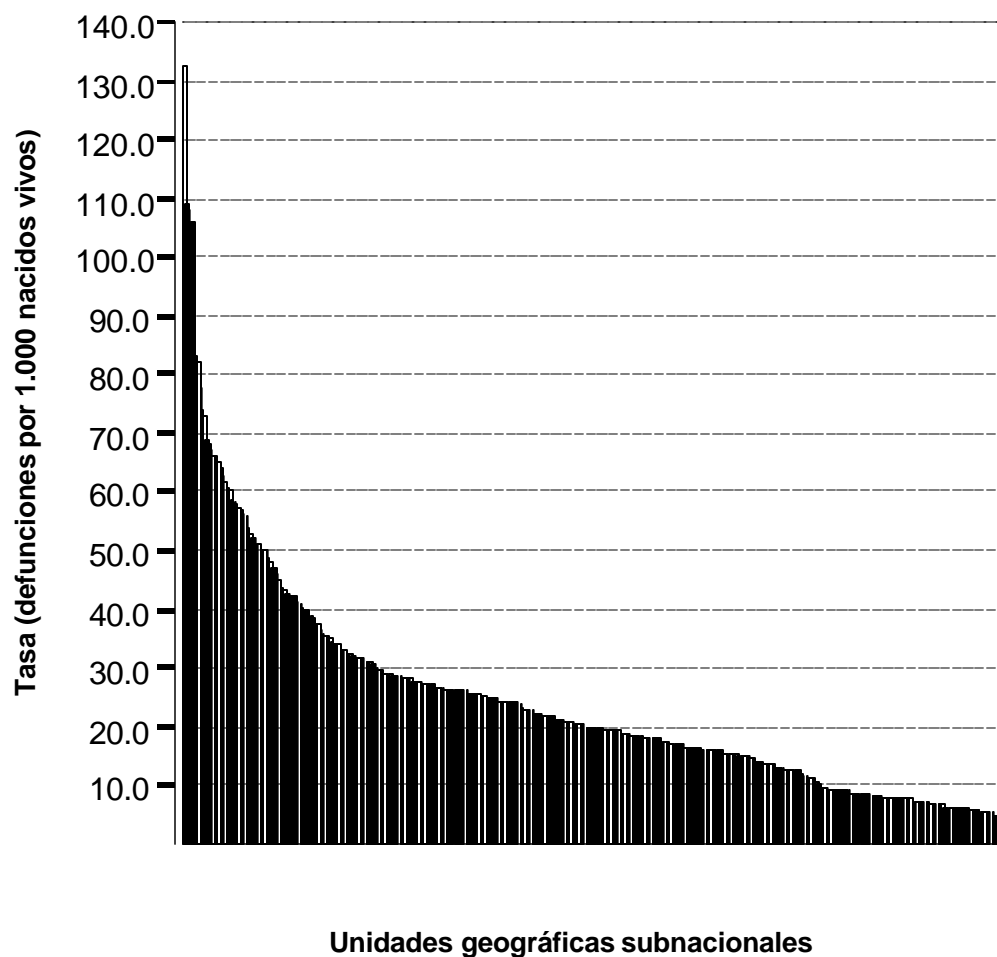
-  Enfermedades transmisibles y causas maternas y perinatales
-  Enfermedades no transmisibles
-  Causas externas de lesión e intoxicación

Figura 8:

**Tasas de mortalidad infantil en 18 países de las Américas, 1995-1998.
Características de distribución de 363 unidades geográficas subnacionales**



Incluye los siguientes países: Argentina, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Estados Unidos, Guatemala, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela.