



**ORGANIZACIÓN
PANAMERICANA
DE LA SALUD**
XL Reunión

**ORGANIZACIÓN
MUNDIAL
DE LA SALUD**
XLIX Reunión



Washington, D.C.
Septiembre de 1997

Tema 5.13(a) del programa provisional

CD40/24 (Esp.)

4 agosto 1997

ORIGINAL: ESPAÑOL-INGLÉS

TERCERA EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000

En 1977, los Estados Miembros de la OMS adoptaron unánimemente la Estrategia Mundial de Salud para Todos en el Año 2000 (resolución WHA30.43) y, subsecuentemente, el Plan de Acción para su aplicación. La Asamblea Mundial de la Salud también acordó que los informes deberían ser analizados cada dos años por los comités regionales, el Consejo Ejecutivo y la Asamblea Mundial de la Salud y que, cada seis años, se realizaría una evaluación para determinar la eficacia y el impacto de la estrategia nacional, regional y mundial. El proceso se inició en 1983 con el primer informe de vigilancia.

Para facilitar el seguimiento del progreso y la aplicación de las estrategias nacionales de salud para todos y la preparación de los informes nacionales, fue desarrollado por la OMS, en 1982, el Marco de Trabajo Común, el cual ha sido modificado con base en comentarios y sugerencias de los Estados Miembros y las Oficinas Regionales, siendo esta la tercera versión (MCE3).

El propósito de la tercera evaluación —la última antes del año 2000— fue permitir a los Estados Miembros evaluar el progreso en función de las metas de salud para todos y la aplicación de la estrategia de atención primaria, para la identificación de las áreas que requieran acciones prioritarias y de los elementos que obstaculizan y facilitan este progreso. El presente informe fue preparado basándose en los resultados de 33 informes nacionales recibidos en la sede de la OPS hasta el 25 de julio de 1997 y fue necesario utilizar otras fuentes para complementarlo. Los países informantes representan más del 90% de la población de la Región de las Américas. Todos los informes nacionales fueron enviados a la OMS y se encuentran disponibles, además, en la sede de la OPS.

El informe fue consolidado de acuerdo a las ocho secciones presentadas en el Marco de Trabajo Común y los resultados obtenidos a nivel nacional y regional serán analizados por el Consejo Ejecutivo de la OMS y la Asamblea Mundial de la Salud en 1998. Se solicita al XL Consejo Directivo de la OPS que analice y apruebe el presente informe, con la finalidad de contribuir al análisis que se llevará a cabo a nivel mundial durante 1998.

CONTENIDO

	<i>Página</i>
Resumen ejecutivo	4
Introducción.....	7
Sección 1. Tendencias en el desarrollo de políticas	10
Conclusiones	13
Referencias	13
Sección 2. Tendencias en el desarrollo socioeconómico.....	14
2.1 Tendencias económicas	14
2.2 Tendencias demográficas	17
2.3 Tendencias sociales.....	19
2.4 Suministro de alimentos y estado nutricional	20
2.5 Modos de vida	21
2.6 Conclusiones	22
Referencias	23
Sección 3. Salud y medio ambiente	24
3.1 Protección general del medio ambiente.....	24
3.2 Abastecimiento de agua y saneamiento	25
3.3 Conclusiones	27
Referencias	27
Sección 4. Recursos para la salud	28
4.1 Recursos humanos para la salud	28
4.2 Recursos financieros para la salud	30
4.3 Infraestructura física	31
4.4 Medicamentos esenciales y otros suministros.....	32
4.5 Colaboración internacional en favor de la salud	35
4.6 Conclusiones	36
Referencias	36

CONTENIDO (cont.)

	<i>Página</i>
Sección 5. Desarrollo del sistema de salud.....	38
5.1 Políticas y estrategias de salud.....	38
5.2 Cooperación intersectorial.....	39
5.3 Organización del sistema de salud.....	40
5.4 Proceso de gestión.....	44
5.5 Sistema de información de salud	45
5.6 Acción comunitaria.....	46
5.7 Preparativos para situaciones de emergencia	46
5.8 Investigaciones y tecnología sanitarias.....	47
5.9 Conclusiones	48
Referencias	48
Sección 6. Servicios de salud.....	50
6.1 Educación sanitaria y promoción de la salud	50
6.2 Salud maternoinfantil y planificación familiar.....	50
6.3 Inmunización	51
6.4 Prevención y control de las enfermedades endémicas locales	52
6.5 Tratamiento de enfermedades y traumatismos comunes	53
6.6 Conclusiones	54
Referencias	55
Sección 7. Tendencias de la situación de salud	56
7.1 Esperanza de vida.....	56
7.2 Mortalidad	56
7.3 Morbilidad	58
7.4 Discapacidad	59
7.5 Conclusiones	60
Referencias	60
Sección 8. Perspectivas para el futuro	62
8.1 Evaluación general y asuntos estratégicos.....	62
8.2 Visión del futuro.....	64
8.3 Estrategias propuestas.....	66
Referencias	71

Anexo: Indicadores

RESUMEN EJECUTIVO

El propósito de la tercera evaluación de la estrategia de salud para todos (SPT) —última antes del año 2000— fue permitir a los Estados Miembros evaluar el progreso en función de las metas de salud para todos y la aplicación de la estrategia de atención primaria, para la identificación de las áreas que requieran acciones prioritarias y de los elementos que obstaculizan y facilitan este progreso. Las principales conclusiones establecidas a partir de los 33 informes de país recibidos en la sede de la OPS, y complementadas con otras fuentes de información, han sido las siguientes:

- Hacia mediados de la década, casi todos los países de la Región habían evolucionado hacia modelos democráticos y participativos, pero persistiendo serios problemas de gobernabilidad. Este movimiento produjo la necesidad de redefinir las relaciones entre los poderes públicos y la sociedad civil mediante la adopción acelerada de reformas políticas y organizativas, denominadas reforma del Estado. A pesar de los esfuerzos de los países para mejorar la contribución de la formulación de políticas nacionales relacionadas con la salud, aún hay serias limitaciones para alcanzar mejores logros.
- En la actualidad hay más pobres en la subregión de América Latina y el Caribe que al inicio de la década de los ochenta, presentándose una mayor concentración en las zonas urbanas.
- Las tendencias demográficas observadas en la región no alteraron su curso y el descenso de la fecundidad, el envejecimiento y la urbanización de la población han continuado e incluso, se han acentuado, lo mismo que las inequidades y desigualdades al interior de los países, tanto en lo socioeconómico como en lo demográfico.
- A pesar de los avances en la ampliación de coberturas, existen serios problemas en la calidad y el abastecimiento del agua y en la eliminación de desechos sólidos. Hay interés por direccionar un desarrollo sostenible y esta preocupación es compartida por la población, gobiernos y organizaciones no gubernamentales.
- Las restricciones financieras que sufrieron los sectores sociales durante la última década han evidenciado cada vez más las serias limitaciones de las instituciones para la gestión de sus recursos, situación que se ha agudizado debido a la tendencia al incremento de los costos en los servicios. El desarrollo de infraestructura es uno de los componentes a fortalecer dentro de los procesos de

reforma del sector de la salud, así como mejorar los mecanismos para el abastecimiento de medicamentos esenciales y otros suministros.

- Desde la segunda evaluación ha habido cambios importantes en la formulación y ejecución de las políticas nacionales y del sector de la salud. La descentralización, la participación social y la coordinación inter e intrasectorial son parte de las estrategias que han sido impulsadas y que en algunos lugares han producido resultados favorables.
- Un buen número de países han dado pasos importantes para crear o fortalecer las unidades de promoción de la salud y educación sanitaria dentro de los ministerios de salud.
- Los países han asignado una alta prioridad al cuidado de la mujer y de los niños menores de 5 años de edad. Los avances han sido dirigidos a mejorar la cobertura, pero continúan las necesidades de acceso a la población debido a limitaciones de diversa índole. Hay una tendencia al incremento de la provisión de servicios de salud integrales a grupos de población prioritarios.
- Las tasas de inmunización en la Región son altas. El último caso de poliomielitis ocurrió en 1991. Otros importantes logros se han obtenido en la eliminación del sarampión y del tétanos neonatal.
- Las necesidades de financiamiento y de otros recursos han sido vistos como una limitante para expandir y mantener los programas de salud. Muchos países tienen la expectativa de que la descentralización y una mayor participación de la comunidad a niveles locales podrían contribuir a la sostenibilidad de las actividades.
- Se han alcanzado importantes logros en el aumento sostenido de la esperanza de vida al nacer, ligado a la disminución de la mortalidad infantil y por enfermedades transmisibles. Hay un aumento en la importancia de las enfermedades crónicas y las discapacidades. Enfermedades como la tuberculosis, el dengue o la malaria siguen manteniendo o incrementando su peso en la Región. Aunque algunos indicadores han mejorado, todavía persisten grandes brechas entre los países y entre comunidades o grupos sociales y dentro de cada uno de ellos, lo que debe considerarse a la hora de establecer políticas que permitan acercarse o alcanzar los objetivos de la meta.
- La visión de SPT representa un estado futuro deseado y al cual nos acercaremos mediante la renovación del compromiso con la meta, la aplicación de estrategias

adecuadas y la ejecución de acciones concretas. Esta visión podría resumirse como un entendimiento compartido de la salud donde las energías de la Región responden éticamente a los desafíos que representa el logro de un desarrollo humano sostenible con dignidad y equidad en el futuro de las Américas. Esta visión se apoya en un sistema de valores cuyos ejes orientadores son la equidad, la solidaridad y la sostenibilidad.

Introducción

En 1977, los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) aprobaron por unanimidad la estrategia mundial de salud para todos en el año 2000 (resolución WHA30.43) y, posteriormente, el Plan de Acción para su aplicación. También convinieron en dar seguimiento al progreso en la aplicación de sus estrategias nacionales y en evaluar regularmente su eficacia para mejorar la salud de la población. La Asamblea Mundial de la Salud propuso que los informes correspondientes fuesen analizados cada dos años por los comités regionales, el Consejo Ejecutivo y la Asamblea Mundial de la Salud, y que se realizara una evaluación cada seis años para determinar la eficacia y el impacto de la estrategia en los planes nacionales, regionales y mundiales. Este proceso se inició en 1983 con el primer informe de vigilancia.

Con el propósito de facilitar la presentación de informes sistemáticos y el resumen de la información a nivel regional y mundial, la OMS estableció un marco común en 1982 a fin de ayudar a los Estados Miembros a recopilar, analizar y usar la información necesaria para vigilar el progreso realizado en la aplicación de las estrategias nacionales de salud para todos. Posteriormente, el marco común fue ampliado, revisado y mejorado con la primera evaluación (1985), la segunda vigilancia (1988), la segunda evaluación (1991) y la tercera vigilancia (1994).

El propósito primordial de la tercera evaluación, la última antes del año 2000, era ofrecer a los Estados Miembros la oportunidad de evaluar el progreso realizado hacia la consecución de la meta de salud para todos y aplicar la estrategia de atención primaria con el propósito de señalar los campos que requirieran acción prioritaria y los elementos que obstaculizan o facilitan este progreso. El marco actual (CFE3) procura ayudar a los gobiernos y promover y facilitar una reseña analítica, en vez de meramente descriptiva. Se revisaron los indicadores a fin de que resultaran útiles para las decisiones a nivel nacional. Asimismo, el marco común facilitaría las comparaciones y los análisis regionales y mundiales.

Este marco común fue enviado a los países y se pidió a los representantes de la OPS/OMS en los países que proporcionarían el apoyo y la colaboración necesarios para que cada país pudiera determinar el progreso realizado, señalar los problemas y usar los resultados para mejorar sus planes sanitarios.

Se recibieron informes de los siguientes países y territorios: Argentina, Barbados, Belice, Bermuda, Bolivia, Brasil, Canadá, Costa Rica, Dominica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Islas Caimán, Islas Vírgenes Británicas, Jamaica, México, Monserrat, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico, República Dominicana, Saint Kitts y

Nevis, Santa Lucía, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela. Los informes nacionales que llegaron a Washington fueron fotocopiados y enviados a la OMS en Ginebra.

La preparación del resumen regional presentó varias dificultades. Aunque la mayoría de los informes llegaron a la sede de la OPS en el plazo establecido, varios se retrasaron considerablemente y otros no llegaron. Aunque los 33 países de los cuales se recibieron informes representan más del 90% de la población de la Región, como los informes diferían considerablemente en cuanto a su alcance y profundidad resultó difícil sacar conclusiones válidas para toda la Región sobre la marcha hacia la meta de salud para todos en el año 2000.

Como cada informe fue preparado principalmente con miras a resolver las necesidades del país, había diferencias en las fechas de la información presentada y en otros rubros. Una evaluación regional sería más útil si los datos fuesen comparables entre países y con el tiempo. Por consiguiente, además de los informes recibidos de estos 33 países, se usó información del Sistema de Información Técnica de la OPS, de informes anteriores de los países a la OPS, de los programas técnicos de la OPS y de otras fuentes (CEPAL, BID, Oficina de Estadísticas de las Naciones Unidas, PNUD, UNESCO, UNICEF, Banco Mundial) a fin de complementar los datos contenidos en los informes nacionales. En la mayoría de los casos en que un dato del informe nacional difería de la información procedente de otras fuentes se usó la información del informe nacional.

Los informes diferían mucho en cuanto a su calidad. Algunos eran bastante detallados y proporcionaban la información solicitada en el marco. Otros estaban incompletos y contenían más bien una descripción de actividades, en vez de un análisis de la situación de la estrategia de salud para todos en el país. En el marco se pedía que los datos sobre determinadas enfermedades se presentaran en dos o más secciones. Los países respondieron de distintas formas: algunos respetaron el marco, otros colocaron toda la información en una sección (con o sin remisiones) y algunos repitieron ciertas partes de los datos. En algunos casos, los indicadores fueron presentados en forma de cifras absolutas, en vez de las tasas solicitadas, y a veces no resultaba muy claro si un indicador reflejaba la situación nacional, la del sector de salud pública o solamente la del ministerio de salud.

Por consiguiente, se reconoció que este resumen regional no podía constituir una suma de la información presentada en los informes nacionales, sino que reflejaba la mejor información disponible, que en algunos casos era la información de la cual disponían los programas correspondientes en la Oficina Regional. Los informes

nacionales están disponibles en las sedes de la OPS y la OMS por si surgen preguntas específicas.

El informe unificado está organizado en torno a las secciones del marco común. La sección 8 contiene un resumen regional sobre la situación de los indicadores básicos que se usan para evaluar la marcha hacia la meta de salud para todos en el año 2000. Todos los cuadros de datos figuran en el anexo.

En vista de que el informe de la tercera vigilancia está completo y es oportuno (*Salud para todos y atención primaria de salud en la Región de las Américas, Informe sobre la vigilancia de las estrategias, 1994*), se proporciona a los delegados en un documento separado.

Sección 1. Tendencias en el desarrollo de políticas

A mediados de la presente década, la Región de las Américas se encuentra en un momento caracterizado por la consolidación de las democracias, la modernización del sector público y la recuperación de la actividad económica tras la profunda crisis de la década presente.

La firma en Chapultepec en 1992 del Acuerdo de Paz por el gobierno y la guerrilla de El Salvador; la instalación de nuevos gobiernos producto de elecciones libres y democráticas; las transferencias pacíficas del poder nacidas por voluntad popular en países con larga tradición autoritaria; las expresiones de participación en el poder político de fuerzas pluralistas en el seno de sociedades donde la hegemonía política venía siendo ejercida tradicionalmente por un solo partido figuran entre los hechos más resaltantes que confirman el fortalecimiento de esta tendencia favorable a los avances en el pluralismo democrático, en el lapso que media entre la segunda evaluación de la estrategia de salud para todos en el año 2000 y la presente.

El fortalecimiento de estas tendencias no significa en ningún modo que los países con gobiernos democráticos de larga o reciente data no afronten o hayan afrontado, durante el período que se evalúa, crisis de gobernabilidad.

En el marco de este cuadro político es importante considerar los análisis que la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) hace acerca de la existencia de "manifestaciones de insatisfacción y descontento por parte de diversos estratos de la población", las cuales atribuye tanto a la repartición desigual en la sociedad de los costos y beneficios asociados a la reestructuración económica, como a la ausencia de mecanismos explícitos e institucionalizados que generen credibilidad en que se quiere repartir equitativamente los frutos del crecimiento futuro; a este aspecto le otorga mayor importancia que al primero, llegando a señalar que "la segunda mitad del decenio de 1990 puede traer más descontento popular".

Asimismo, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), al constatar que "el proceso de ajuste aún no ha producido los efectos esperados por la gran mayoría de la población, y en algunos casos incluso ha exacerbado los problemas sociales existentes, reduciendo los ingresos de la población y elevando notablemente el desempleo", caracteriza la situación como de "creciente fatiga de muchos grupos sociales".

La respuesta proporcionada por los países permite dar cuenta que en la Región se produjeron cambios en la formulación de políticas que se percibe influyeron en la estrategia de salud para todos en el año 2000. Por lo menos cinco países incluyeron como elementos influyentes la incorporación de definiciones en las cuales se establece

que la obtención de bienestar para las mayorías nacionales es el reto fundamental de un proceso de desarrollo sostenible; los destinados a fomentar la participación social y la intersectorialidad; los asociados a reformas del Estado, con énfasis en la descentralización, y los vinculados a reformas tributarias y comerciales.

Un segundo grupo de países consideró como factores influyentes los cambios asociados a la privatización, reforma educativa, políticas para la mujer, políticas ambientales, políticas de seguridad social, políticas de integración regional, política cambiaria y reformas judiciales. Algunas reformas estructurales que se han realizado en países de América Latina y el Caribe fueron muy poco consideradas o no consideradas, como las reformas de la seguridad social y en materia laboral.

Entre las varias medidas que han sido adoptadas para que la formulación de políticas distintas a las de salud tengan una influencia positiva en la salud y la situación sanitaria, los países señalan el crecimiento del gasto social, el aumento de la cobertura educativa y de la seguridad social, el funcionamiento de los gabinetes sociales y la puesta en marcha de programas compensatorios para grupos postergados.

Las medidas referidas al incremento del gasto social y la aplicación de los programas compensatorios para grupos postergados merecen ser destacadas. En el caso de la primera, durante el lapso que se evalúa el gasto real en servicios sociales resultó ser, en el período 1994-1995, 22% más alto que el registrado a fines de los ochenta. En 1995 el gasto en educación había aumentado a más del 4% del PIB, en cambio el del período 1990-1992 estaba alrededor del 3,5%. En 1995, el gasto real per cápita en educación era 18% mayor al de 1992. Otro sector que se benefició del incremento del gasto social fue la seguridad social, lo cual permitió reajustes en jubilaciones y pensiones, amortización de pasivos acumulados por el sistema, y la expansión de la cobertura de los servicios.

En lo que respecta a la aplicación de los programas compensatorios, la realidad muestra que por lo menos en tres países de la Región tienen carácter permanente y están incorporados en las políticas sociales de mediano y largo plazo, aunque nacieron como mecanismos destinados a paliar los efectos sociales de las políticas de ajuste.

Los esfuerzos hechos por los países para mejorar la contribución de la formulación de políticas estructurales, macroeconómicas y sectoriales a la estrategia de salud para todos, se han visto limitados por múltiples factores. Entre los que destacan los países, a juzgar por la frecuencia con la que se mencionan en los informes elaborados por las autoridades nacionales, se encuentran:

- a) La limitada institucionalidad existente en las organizaciones del Estado y de la sociedad civil.
- b) La excesiva centralización de las decisiones y recursos disponibles. La concentración de las decisiones en el más alto nivel del poder ejecutivo ha limitado considerablemente el desarrollo de los niveles descentralizados del Estado, incluyendo el poder municipal.
- c) La debilidad de los mecanismos básicos de coordinación intersectorial. A ella se le atribuye la falta de integración en la definición y ejecución de estrategias de acción y la identificación de mecanismos de financiamiento y priorización de las inversiones y acciones focalizadas en los grupos humanos en desventaja social, lo que ha contribuido a la duplicación de esfuerzos y a restarle sinergismo a las actividades que demanda la aplicación de la estrategia de salud para todos.
- d) La ausencia de coordinación intersectorial entre los subsectores públicos y privados.
- e) El poco desarrollo integral de la estrategia de atención primaria de salud y la deficiente aplicación de sus componentes.
- f) La inexistencia de mecanismos de vigilancia y evaluación de los impactos de las políticas estructurales macroeconómicas y sectoriales, incluyendo entre estas últimas a la de salud, sobre las metas que se plantean las estrategias de salud para todos. Las debilidades de los sistemas de información nacional se consideran los obstáculos más importantes con que se ha enfrentado el desarrollo de estos mecanismos.

Otra limitación merece ser considerada atendiendo a los propósitos que se plantea esta sección y son los problemas de gobernabilidad que afectan al sistema político. Los países que la señalan se encuentran por igual repartidos entre aquellos que recientemente iniciaron la senda de la transición democrática y los gobiernos que acumulan varios lustros en sus procesos de consolidación de su sistema político.

Estos problemas son planteados de diversas formas, desde aquellos que los califican como de incompreensión y resistencia a los cambios, ocasionadas por la inercia que se opone a todo tipo de transformación, hasta aquellos que hacen mención del alto índice de rotación de los ministros de salud, a las protestas populares y a los incrementos de la abstención electoral en los procesos electorales más recientes realizados en sus países.

Conclusiones

Hacia mediados de la década, casi todos los países de la Región habían evolucionado hacia modelos democráticos y participativos, pero persistiendo serios problemas de gobernabilidad. Este movimiento produjo la necesidad de redefinir las relaciones entre los poderes públicos y la sociedad civil mediante la adopción acelerada de reformas políticas y organizativas, denominadas reforma del Estado. A pesar de los esfuerzos de los países para mejorar la contribución de la formulación de políticas nacionales relacionadas con salud, aún hay serias limitaciones para alcanzar mejores logros.

Referencias

1. CEPAL, *La brecha de la equidad* (LC/G.1954 CONF 86/3), Santiago de Chile, Chile, 1997.
2. BID, *Progreso Económico y Social en América Latina*. Informe 1996. Washington, DC.
3. *La cooperación de la Organización Panamericana de la Salud ante los procesos de reforma del sector salud*. Marzo 1997.
4. Informes de país para la Tercera Evaluación de la estrategia de salud para todos en el año 2000, 1997.

Sección 2. Tendencias en el desarrollo socioeconómico

2.1 *Tendencias económicas*

A pesar de que las tasas de crecimiento del PIB real de América Latina y el Caribe ponen de manifiesto que en los noventa se ha producido una recuperación del desempeño de las economías de los países que integran esta subregión, tanto la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), como el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), consideran que se trata de tasas de crecimiento "moderadas" o "no enteramente satisfactorias". La tasa promedio de crecimiento de 3% para el período 1990-1996, si bien revela una franca mejoría con respecto al estancamiento de los años ochenta, no alcanza todavía a las logradas por estas economías en las décadas anteriores a la de los ochenta.

El comportamiento de este crecimiento revela diferencias entre los distintos países, que van desde Guyana con una tasa media anual de variación del PIB de 8,1% para el período 1991-1996, al de Cuba con -4,8%, mostrando además una variabilidad que evidencia la inestabilidad del crecimiento experimentado por estas economías.

El PIB para 1996, ponderado en función de la población y expresado en dólares de 1990, en 14 países de la subregión resulta inferior al de 1980. De estos la variación acumulada es significativamente superior al -20% en Haití, Nicaragua, Suriname y Venezuela; en cuatro es prácticamente el mismo de 1980; en tres el crecimiento oscila entre 10% y 20%, y solo en dos es superior al 30%.

En relación a otros indicadores económicos distintos al PIB, la subregión muestra un crecimiento de la demanda real, tanto en el consumo como en la inversión y en las exportaciones. En el caso de la inversión, en los noventa se ha evidenciado la recuperación de este componente de la demanda, aunque las tasas de inversión siguen estando por debajo de los niveles previos a la crisis de los ochenta.

En el caso de la inversión social, esta recuperación que se inició en 1989 se ha remontado a cifras en los noventa que sitúan al gasto real en cifras 22% más elevadas que el gasto social de la subregión para finales de los ochenta. El comportamiento del gasto social en salud ha sido diferente; si bien, al igual que todo el gasto social, comenzó a crecer en 1989, durante 1991 y 1992 este crecimiento se revirtió hasta volver a situarse en los niveles alcanzados en 1981. A partir de 1993 se inicia un nuevo incremento que lo coloca, en 1995, en términos de gasto real per capita, en cifras superiores al 22% a las cifras a que lo arrastró la caída que experimentó en 1992.

2.1.1 Finanzas públicas

El gasto del gobierno central como porcentaje del PNB aumentó en la mayoría de los países de la Región entre 1990 y 1994 (cuadro 1). En Bolivia, El Salvador, Paraguay y Perú, el gasto del gobierno central como porcentaje del PNB aumentó más del 35%. Siete países presentaron una disminución del gasto público: en Brasil, Colombia, México, Venezuela y Panamá la disminución fue pequeña, mientras que en Chile y Guatemala el gasto público como porcentaje del PNB bajó más del 20%.

El porcentaje del gasto público total destinado a servicios sociales también ha experimentado un aumento, aunque moderado, en la mayoría de los países. Incluso en los países donde el gasto del gobierno central disminuyó como porcentaje del PNB, la parte del gasto público correspondiente a los sectores sociales tendió a aumentar. Solo en Guatemala se observó una disminución relativamente grande del gasto público como porcentaje del PNB, acompañada de una importante reducción del gasto social como porcentaje del gasto público. En general, de 1990 a 1994 el gasto en los sectores sociales ha sido favorecido y protegido levemente en relación con otras funciones públicas.

Se dispone de muy pocos datos del sector público para 1995 y 1996. Este período, que abarcó la crisis del peso mexicano y sus repercusiones en otros países de América Latina, probablemente presente un cambio importante pero temporal en el gasto público en países tales como Argentina, Brasil y México. Todavía queda por verse el efecto de estos cambios en el gasto público destinado a servicios sociales.

2.1.2 La evolución de la pobreza y distribución del ingreso dentro de los países de América Latina y el Caribe

Si bien la magnitud de la pobreza disminuyó en América Latina de 41% a 39% del total de hogares entre los años de 1990-1994, esta caída no permitió contrarrestar el incremento del 5% de los ochenta. En términos absolutos, el número de personas que se encontraba por debajo de la línea de pobreza en América Latina pasó de 197 millones en 1990 a 209 millones en 1994; de ellos, 65% se concentró en las zonas urbanas, aun cuando la proporción de los pobres en el total de población rural continuó siendo mayor que la de las ciudades.

Al examinar los niveles y variaciones de la pobreza urbana entre los países de América Latina, de los cuales se dispone de información que permite establecer comparaciones, se encuentra que sus magnitudes se sitúan entre aquellos que, como Argentina y Uruguay, tienen menos del 15% del total de sus hogares bajo la línea de pobreza, hasta los casos de Bolivia, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras y

Nicaragua, con más del 50%; pasando por Brasil, Colombia, Ecuador, México y Perú, con cifras entre 31% y 50%. Brasil, Chile, Panamá y Uruguay tienen menor pobreza que la que tenían en 1980; en cambio, Argentina, Honduras, México, Nicaragua y Venezuela registran una situación peor y Colombia, Costa Rica y Perú se mantienen en niveles similares (cuadro 2).

En el caso del Caribe la pobreza se ha incrementado en los ochenta y los noventa; se estima que alcanza al 38% de su población, con fluctuaciones entre los países que van del 12% al 42%.

En lo que a pobreza se refiere, hoy existen más pobres en la subregión de América Latina y el Caribe que al inicio de los ochenta, presentándose incluso el caso de países donde a pesar de haber crecido porcentualmente el PIB por habitante y haberse reducido la magnitud de la pobreza en el lapso 1990-1994, ella es mayor en la actualidad que la que presentaban en 1980.

La distribución del ingreso permite dar cuenta de la evolución de la pobreza relativa en América Latina y el Caribe. En el caso de América Latina la participación en el ingreso del 40% de los hogares más pobres es en 1994 mayor que en 1986 en Brasil, Chile y Uruguay; es menor en México, Panamá y, en el caso de Argentina, en la zona metropolitana del Gran Buenos Aires; y es igual en Colombia, Costa Rica, Paraguay (zona metropolitana de Asunción) y Venezuela.

La participación en el ingreso del 10% de los hogares de más altos ingresos es en 1994 mayor que en 1986 en Chile, México, Panamá, Paraguay (zona metropolitana de Asunción) y Venezuela; es igual en Argentina (zona metropolitana del Gran Buenos Aires) y Costa Rica, y es menor en Brasil, Colombia y Uruguay. Este decil capta más del 40% del total del ingreso urbano en Brasil, Chile y Colombia; 37% en Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá; cerca del 35% en Argentina, Bolivia, México y Paraguay; 31% en Venezuela; 27,5% en Costa Rica, y 25,4% en Uruguay.

La participación en el ingreso de los hogares, por depender fundamentalmente de la remuneración del trabajo, guarda una estrecha relación no solo con la desocupación, sino con la modalidad de inserción en el mercado laboral.

El perfil de los trabajadores que residen en hogares con ingresos inferiores a la línea de pobreza muestra que su inserción laboral no ocurre únicamente en los sectores de baja productividad (entendidos como tales los pertenecientes a empresas con hasta cinco personas ocupadas, a actividades a las que se dedican los trabajadores por cuenta propia no profesionales ni técnicos, y a servicios domésticos), pero también en el sector formal. En 1994, en 7 países, de un total de 12 examinados por la CEPAL, el

porcentaje de los asalariados del sector privado, excluidos los que trabajaban en microempresas y pertenecientes a esta categoría, se situaba entre 30% y 50%; en tres países fluctuaba entre 10% y 20%, y solo en dos estaba entre 5% y 6%.

En lo referente a la evolución del desempleo y la generación de empleo, la tasa media anual de desempleo urbano de la subregión de América Latina y el Caribe pasó de 6,6% en 1994 a 7,8% en 1995, el mayor incremento alcanzado desde 1983. En el marco de este panorama se destaca el impacto del desempleo en las mujeres y en los jóvenes, que, según estimaciones de la CEPAL, en el caso de las primeras se expresa en que presentan entre un 10% a 20% más que la tasa promedio y en los segundos, 50% más. Se hace necesario conocer los efectos de los cambios en la estructura por edades de la población sobre la magnitud de la fuerza de trabajo, así como la composición y el carácter del mercado laboral.

2.2 *Tendencias demográficas*

En el contexto de las grandes transformaciones sociales y económicas ocurridas en la Región desde los años sesenta, la dinámica demográfica ha experimentado cambios importantes y sus tendencias —mortalidad, fecundidad, natalidad, crecimiento de la población— han seguido un curso descendente. El ritmo de crecimiento de la población se ha reducido en una magnitud significativa y se han producido cambios en su composición y estructura por edades, así como en su distribución y movilidad espaciales, cambios que están en relación directa con los propios cambios en la oferta de recursos humanos y en la demanda de bienes y servicios.

A mitad de la presente década, la población del continente americano alcanzó los 774 millones (en 1950 era de 331 millones), representando cerca del 13% de la población mundial actual; se estima que para el año 2025 alcanzará 1.062 millones. La importancia relativa de América Latina en el continente ha aumentado a lo largo del tiempo: en 1950 fue de 48,7%, en 1995 de 61,3% y en 2025 se estima en 65,1% de la población regional; mientras que América del Norte desciende desde 50,1% en 1950 a 37,7% en 1995, y se estima en 33,9% para 2025 (cuadro 3).

Los países de la Región están pasando de un escenario de bajo crecimiento demográfico con altas tasas de mortalidad y fecundidad a otro escenario también de bajo crecimiento demográfico, pero con bajas tasas de mortalidad y fecundidad. En este largo proceso —la transición demográfica— se identifican dos momentos intermedios: el primero, en el que la tasa de crecimiento de la población aumenta como consecuencia del descenso de la mortalidad, y el segundo, en el que dicho crecimiento disminuye, debido al posterior descenso de la fecundidad. La Región —y en particular América Latina— se encuentra transitando la fase de disminución rápida

de la fecundidad aunque, por un lado, hay gran heterogeneidad *entre* los países y *dentro* de cada país y, por otro, hay un amplio margen de reducción potencial.

Desde la segunda evaluación de la estrategia de SPT/2000 (1991) y de acuerdo con la tipología elaborada por el CELADE, que indica las etapas de la transición demográfica en que se encuentran los países, se agrupan de la forma siguiente:

Grupo I, transición incipiente (alta natalidad; alta mortalidad; crecimiento natural moderado, del orden de 2,5%): continúan Bolivia y Haití.

Grupo II, transición moderada (alta natalidad; mortalidad moderada; crecimiento natural elevado, cercano al 3,0%): dejó este grupo Perú; continúan El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Paraguay.

Grupo III, transición plena (natalidad moderada; mortalidad moderada o baja; crecimiento natural moderado, cercano al 2,0%): dejó este grupo Chile; se incorporó el Perú; continúan Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guyana, México, Panamá, República Dominicana, Suriname, Trinidad y Tabago, y Venezuela.

Grupo IV, transición avanzada (natalidad y mortalidad moderada o baja; crecimiento natural bajo, del orden del 1,0%): se incorpora Chile; continúan Argentina, Bahamas, Barbados, Canadá, Cuba, Estados Unidos de América, Guadalupe, Jamaica, Martinica, Puerto Rico y Uruguay.

Este proceso de transición demográfica permite identificar importantes cambios en la composición etaria de las poblaciones regionales; en particular, es visible el fenómeno de envejecimiento de la población. La proporción de población menor de 15 años en las Américas ha ido en descenso, desde 34% en 1950 hasta 29% en 1995, previéndose que para 2025 llegue al 22%. De la misma manera que en la población mundial, el grupo de 65 y más años creció tanto en términos porcentuales —desde 6% hasta 12%— como en volumen, ya que aumentó más del triple entre 1950 y 1995. Es importante señalar, sin embargo, que estas tendencias regionales están fuertemente influenciadas por el comportamiento demográfico observado en América del Norte, más que el de América Latina y el Caribe.

En la actualidad las tendencias demográficas observadas en la Región no alteraron su curso, como podría suponerse, a consecuencia de la profunda crisis de los años ochenta. El descenso de la fecundidad ha continuado e, incluso, se ha acentuado, lo mismo que las inequidades: desigualdades dentro de los países, tanto en lo socioeconómico como en lo demográfico. Más aun, estas brechas pueden estar ampliándose por el efecto de otros fenómenos demográficos observados en los últimos

años en la Región: el acentuado proceso de urbanización (a costa de intensa migración rural-urbana), el propio crecimiento urbano acelerado y la creciente migración interna urbana-urbana. Sin duda, la identificación y análisis de estas desigualdades puede contribuir a determinar la necesidad de servicios de salud y a redefinir prioridades de atención que permitan alcanzar las metas propuestas en la aplicación de la estrategia de salud para todos (cuadro 3).

2.3 Tendencias sociales

2.3.1 Educación

La situación regional de la educación en los últimos seis años, a partir de los informes de país disponibles para esta tercera evaluación, muestra progresos sostenidos (aunque con menor velocidad que los observados en los ejercicios anteriores de evaluación) en el aumento del nivel educativo de la población. Cabe citar que en cuatro décadas el continente americano logró reducir sus tasas de analfabetismo en un 36%, destacándose la disminución de la brecha de alfabetización entre sexos. Sin embargo, no solo se aprecia gran heterogeneidad entre países, sino también grandes diferenciales al interior de los mismos. Por otra parte, el período evaluado deja ver el impacto negativo de la crisis de los ochenta en el desarrollo educativo de la Región; en particular, mientras los esfuerzos nacionales han conseguido elevar significativamente las tasas de matrícula en el sistema educativo, fundamentalmente público, y en particular en el nivel primario, las tasas de finalización son bajas y la deserción escolar es más marcada en las mujeres. Este contrastante hecho —alta matrícula por un lado y baja finalización por otro— también se aprecia con diferentes intensidades entre los sistemas de enseñanza media y superior.

A pesar del adelanto registrado en las últimas décadas, en la actualidad el nivel promedio de educación es inferior a lo que debería esperarse dado el nivel de desarrollo socioeconómico de la Región. En efecto, como ha sido descrito recientemente por el BID, con base en el ingreso per cápita, se espera a la fecha que el 82% de los niños y niñas de la Región hayan finalizado el cuarto grado del ciclo primario, cuando la cifra observada no supera hoy el 66%. La brecha social es evidente: el porcentaje de alumnos que no logran finalizar este nivel educativo es casi el doble del que podría esperarse para el nivel de ingresos de América Latina. De manera similar, reflejando las limitaciones de la cobertura y las tasas de finalización de la educación secundaria, la fuerza laboral de la Región debería tener por lo menos 7,0 años de escolaridad formal, siendo el nivel real 5,2 años. Las brechas en el desarrollo educativo observables hoy en la Región pueden reflejar, por un lado, la insuficiente movilización de recursos del sector público para satisfacer las crecientes demandas resultantes del crecimiento

demográfico y la urbanización en curso, como también, por otro, la propia ineficiencia de los sistemas de servicios educativos en la Región.

2.3.2 Empleo

En el transcurso de la presente década se ha hecho patente en la Región un fenómeno ya observado en 1990 durante el tercer ejercicio de vigilancia de las estrategias de SPT/2000: la *tercerización* de la fuerza de trabajo en América Latina, proceso que viene a explicar una aparente contradicción observada en los indicadores sociales. Es claro que, durante este mismo período, no ha ocurrido un incremento sustantivo en el número de puestos de trabajo y, de esta forma, no ha crecido la oferta de empleo atribuible al crecimiento económico experimentado por la Región en lo que va de la década. Es, precisamente, el proceso de crecimiento del sector informal que ha venido sufriendo la economía regional con la recesión de los años ochenta —la llamada *tercerización*— lo que explica estas tendencias en el empleo. Más allá de estas tendencias, el “crecimiento sin empleo” observado en estos años en la Región sugiere que el aumento de la producción experimentado por la mayoría de los países se ha debido más al desarrollo tecnológico que al incremento de nuevas inversiones creadoras de empleo en las ramas de actividad económica donde ello ha ocurrido.

2.3.3 El papel de la mujer

En educación, el ritmo de crecimiento de la tasa de alfabetización de las mujeres ha sido más acelerado que el correspondiente a los varones, reduciéndose significativamente la brecha histórica en este aspecto. Sin embargo, aunque las tasas de matrícula en los ciclos primario, secundario y superior son similares en ambos sexos, las tasas de finalización son menores entre las mujeres.

En empleo, se constata un lento pero sostenido aumento de la participación femenina en la fuerza de trabajo en relación, entre otros factores, a la importante expansión del sistema educativo observada en la Región, así como al significativo descenso de la fecundidad.

2.4 Suministro de alimentos y estado nutricional

Un menor número de países (17) presentaron información sobre el estado nutricional de los niños, pero en la mayoría de ellos los datos no reflejaban la situación a nivel nacional.

Algunos países lograron mejorías mediante la aplicación de algunas estrategias como la lactancia materna, las prácticas adecuadas de destete, la alimentación apropiada

durante episodios agudos de enfermedad, y los programas de inmunización y de control de enfermedades diarreicas y respiratorias. Sin embargo, en muchos de los países que han reducido significativamente los niveles de desnutrición, es posible observar grandes diferenciales geográficas y de estratos poblacionales que las medidas de resumen no revelan. La habilitación de sistemas operativos de vigilancia nutricional facilita la recolección de datos desagregados que pueden servir para identificar áreas deprimidas y focalizar intervenciones.

El peso bajo al nacer, aparte de ser un factor de riesgo para el recién nacido, también puede reflejar que la gestante tuvo una inadecuada alimentación. Como puede observarse en el cuadro 4, de los 19 países con información para la segunda y tercera evaluaciones, seis no experimentaron cambios, en 10 la situación mejoró y en nueve empeoró ligeramente.

En lo que respecta a las carencias de micronutrientes como el hierro, el yodo y la vitamina A, la información por lo general es insuficiente y corresponde solo a algunos países o regiones de un país. Por otro lado, y de manera más acentuada que la nutrición en general, estas deficiencias se encuentran focalizadas en ciertas zonas geográficas y estratos poblacionales.

2.5 Modos de vida

La mayoría de los países de la Región, en sus informes correspondientes a la tercera evaluación de la estrategia de salud para todos, dan cuenta de un incremento en la importancia relativa de los modos de vida y los factores ambientales como determinantes de las condiciones de vida y salud observadas en los últimos años, aunque reconocen la carencia de datos e información que permita caracterizar la situación y monitorear sus tendencias, con excepción del Canadá y los Estados Unidos de América, que, además, cuentan con metas, planes, programas e intervenciones muy detallados de promoción de modos de vida saludables entre sus habitantes.

El aumento de la importancia relativa de los modos de vida en la salud de la población en lo que va desde la segunda evaluación de SPT/2000 es atribuido por los países a los cambios observados en el perfil epidemiológico de la población, los que, aunados a los cambios demográficos, muestran un ascenso de las enfermedades crónicas, en especial dentro de entornos y poblaciones urbanos.

En general, se observan en la Región, en mayor o menor grado, tendencias como las siguientes:

- Con la creciente apertura del mercado, está ocurriendo un incremento en la disponibilidad de alimentos procesados, así como concesiones de cadenas transnacionales de comida rápida, que se tornan rápidamente populares. Por otro lado, la disponibilidad de verduras y fruta fresca no ha crecido a la par. Aunque no se han reportado los efectos concretos que estos cambios pueden tener sobre el estado nutricional, se supone que está ocurriendo un incremento en la proporción de energía obtenida a partir de grasas. Esto también se relaciona con la presencia de niveles inadecuados de actividad física en muchos países de la Región.
- Otra tendencia reciente notificada por muchos países se refiere al incremento de la permisividad social con respecto a temas relacionados con el sexo y la propia salud sexual, en gran parte mediada por los esfuerzos nacionales de lucha contra las enfermedades de transmisión sexual y la infección por el VIH/SIDA y los de salud reproductiva y planificación familiar.
- Un creciente número de países informa que el consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas es objeto de preocupación en los planes nacionales de salud y se están haciendo esfuerzos por caracterizar la magnitud y extensión del problema, así como desarrollar iniciativas legislativas que contribuyan a su control. Sin embargo, son pocos los países —como el Canadá y los Estados Unidos— que han incorporado planes específicos de prevención y control de estos problemas en su plataforma de atención primaria de salud a la fecha. Una situación similar se informa en lo relativo al creciente problema de la violencia —intencional y no intencional—, en particular la urbana y familiar.

2.6 Conclusiones

Aunque la tasa de crecimiento promedio de 3% del PIB para el período 1990-1996 revela una franca mejoría con respecto al estancamiento de los años ochenta, no alcanza todavía a las logradas por estas economías en las décadas a esa década.

La cantidad de pobres en la subregión de América Latina y el Caribe ha aumentado en relación al inicio de la década de los ochenta, presentándose una mayor concentración en las zonas urbanas.

Las tendencias demográficas observadas en la región no alteraron su curso y el descenso de la fecundidad, el envejecimiento y la urbanización de la población han continuado e incluso, se han acentuado, lo mismo que las inequidades y desigualdades al interior de los países, tanto en lo socioeconómico como en lo demográfico.

Referencias

1. *Salud para todos y atención primaria de salud en la Región de las Américas. Informe de vigilancia de las estrategias, 1994.* Organización Panamericana de la Salud. PAHO/HDP/HDA/95.01, Washington DC, 1994.
2. *Salud para todos en el año 2000 (segunda evaluación).* Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC, 1991.
3. *Salud para todos en el año 2000 (primera evaluación).* Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC, 1985.
4. *Impacto de las tendencias demográficas sobre los sectores sociales en América Latina. Contribución al diseño de políticas y programas.* Banco Interamericano de Desarrollo (BID); Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE); Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Santiago, Chile, 1996.
5. *Economic and Social Progress in Latin America. 1996 Report.* Inter-American Development Bank. Johns Hopkins University Press; Washington, DC, 1996.
6. *Economic Survey of Latin America and the Caribbean 1995-1996.* Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC/CEPAL). Santiago, Chile, 1996.
7. *Economic Survey of Latin America and the Caribbean 1993. Volume II. Economic Development by Country.* Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC/CEPAL). Santiago, Chile, 1995.
8. CEPAL, 1997. *La brecha de la equidad (LC/G.1954 CONF 86/3)*, Santiago de Chile, 1997.
9. BID, 1996. *Progreso económico y social en América Latina.* Informe 1996, Washington DC.
10. *Informe de vigilancia de las estrategias, 1994. Salud para todos y atención primaria de salud en la Región de las Américas.* (PAHO/HDP/HDA/95.01-OPS/OMS).
11. Informes de país para la Tercera Evaluación de la estrategia de salud para todos en el año 2000, 1997.

Sección 3. Salud y medio ambiente

En los países de las Américas, igual que en otras regiones del mundo, se ha intensificado la preocupación por los problemas del medio ambiente.

3.1 *Protección general del medio ambiente*

Desde la Conferencia Internacional de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo, que se realizó en Río de Janeiro en 1992 (UNCED-92), se ha prestado atención creciente a la búsqueda de métodos para poner en práctica la Declaración de Principios y el Programa 21, que fueron aprobados en la Conferencia, y se han realizado varias reuniones regionales y subregionales para abordar el tema de la salud y el medio ambiente.

En 1995 la OPS convocó la Conferencia Panamericana sobre Salud y Ambiente en el Desarrollo Humano Sostenible, con el propósito de facilitar la comprensión del pleno alcance y la magnitud de los problemas de la salud y el medio ambiente, así como los problemas sociales en general, incluidas su interacción y su contribución al desarrollo humano sostenible. El documento fundamental emanado de la Conferencia es la "Carta Panamericana sobre Salud y Ambiente en el Desarrollo Humano Sostenible", declaración continental de la determinación compartida de avanzar en un marco de equidad, solidaridad, justicia social y conservación del medio ambiente. Se redactó un plan regional de acción en apoyo a esta iniciativa, teniendo en cuenta las nuevas tendencias en el ámbito de la planificación, que sirve de guía estratégica para poner en práctica la Carta Panamericana adaptada a la realidad nacional de cada país (1).

Se han celebrado tres Conferencias Centroamericanas sobre Ecología y Salud (ECOSA I, II y III). Aunque todavía sería prematuro determinar el efecto de estas conferencias en la salud de la población, ya han tenido varios resultados positivos. Para establecer una relación apropiada entre la salud y el medio ambiente se necesita una acción multisectorial. A nivel de país, la preparación de los informes para estas conferencias ofreció la oportunidad de reunir a representantes de organismos públicos, organizaciones no gubernamentales y la sociedad en general como primera medida para trazar planes de acción y aclarar el papel de cada sector.

En varios países se han promulgado leyes ambientales y en algunos se han creado organizaciones que se encargan de asuntos relacionados con el desarrollo sostenible y el medio ambiente. Algunos países han exigido estudios del impacto ambiental para la ejecución de proyectos nuevos. Otros, a fin de reducir la contaminación atmosférica, especialmente en zonas urbanas, han prohibido el uso de

plomo en la gasolina y exigen dispositivos de control de las emisiones en los automóviles. En algunos países está prohibido fumar en edificios y medios de transporte públicos o se ha comenzado con medidas de alcance más limitado, como la prohibición de fumar en el ministerio de salud.

Varios países están intensificando las medidas de control de la calidad del aire.

La epidemia de cólera suscitó preocupación con respecto a la inocuidad de los alimentos y llevó a la intensificación de la tarea de inspección de alimentos y capacitación de las personas que manipulan alimentos. En algunos países se han establecido normas de higiene de los alimentos, así como programas de acreditación, a fin de que los productos cumplan los requisitos de los mercados de exportación. Estas medidas, entre otras, como la desinfección del agua domiciliaria a fin de combatir la epidemia de cólera, llevaron a una disminución de la morbilidad y mortalidad por enfermedades diarreicas en varios países.

La falta de sistemas aceptables para la eliminación de desechos sólidos constituye un gran motivo de preocupación en la mayoría de los países debido a los problemas que presenta para el control de vectores y la contaminación atmosférica.

Los países de la Región señalaron varios obstáculos, algunos de los cuales existen en varios países. Faltan recursos para poner en práctica todas las medidas necesarias. Los recursos humanos no son suficientes y muchos carecen de la preparación necesaria. Muchas de las numerosas organizaciones que trabajan en el campo de la salud ambiental tienen mandatos y estatutos coincidentes que dan por resultado conflictos y la duplicación de responsabilidades. No se aplican sanciones por incumplimiento de leyes y normas ambientales.

Para superar los obstáculos es necesario, entre otras cosas, formular y cumplir un plan de acción, mejorar la estructura de las organizaciones y la coordinación interinstitucional, fortaleciendo los programas a nivel local, y crear programas de educación y capacitación.

3.2 *Abastecimiento de agua y saneamiento*

El cuadro 5 muestra la cobertura de abastecimiento de agua y saneamiento en el momento de la segunda evaluación (1988) y en 1995. En 1995, el 73% del total de la población tenía acceso a sistemas de abastecimiento de agua por medio de conexiones domiciliarias u otros medios aceptables, como grifos públicos a una distancia razonable. Los datos indican que el desarrollo de servicios de abastecimiento de agua en América Latina y el Caribe ha sido mucho más lento que lo previsto, e incluso ha

experimentado un retroceso en varios países que han reducido la cobertura. Se prestó más atención a factores tales como la fiabilidad de los servicios y las distancias, con un análisis más pormenorizado en los países de la infraestructura de abastecimiento de agua (2).

En el campo del saneamiento, en 1995 la cobertura de las instalaciones de eliminación de aguas residuales y excretas se elevaba al 69%. Los servicios urbanos permanecieron constantes, en el 80%, pero se extendieron los servicios rurales al 40% de la población, aproximadamente (2).

Uno de los problemas de saneamiento más críticos de América Latina sigue siendo la falta de tratamiento de aguas servidas. Las aguas servidas sin tratar o que no reciben un tratamiento adecuado contaminan el agua superficial y subterránea. Según cálculos anteriores, se trata como máximo el 10% del agua. La encuesta de 1995 reveló que las aguas servidas que se recogen y se depuran superan apenas el 10% (2). Las vías navegables y las zonas costeras están contaminadas con desechos industriales, fertilizantes agrícolas y plaguicidas, además de desechos humanos.

Como resultado de la epidemia de cólera, los países han aumentado sus inversiones en abastecimiento de agua y saneamiento. Algunos países han prestado especial atención a la mejora de la situación de la población rural.

La descentralización y la participación comunitaria han contribuido a proyectos emanados de las necesidades percibidas por la población, para los cuales ha sido necesario establecer normas técnicas y preparar personal comunitario para estas nuevas funciones.

Los cinco obstáculos más importantes señalados por los países por orden de prioridad fueron la falta de una política del gobierno para el sector, la limitación de la dotación de fondos, las deficiencias del marco institucional, la insuficiencia de los sistemas de recuperación de costos y la obsolescencia de la legislación vigente. Otros obstáculos señalados fueron la falta de profesionales y técnicos bien preparados, problemas de logística y la falta de participación de las comunidades (2).

Los obstáculos mencionados son graves y el problema de los recursos es especialmente difícil de resolver. Algunos países señalaron el establecimiento de políticas eficaces para cobrar los servicios a fin de garantizar su sostenibilidad, como uno de los enfoques que podrían adoptarse.

3.3 Conclusiones

Se observa un deterioro del medio ambiente, que en algunos países está arraigado en la pobreza. Hay enormes problemas con respecto a la calidad del agua, el saneamiento básico y la eliminación de desechos sólidos. Sin embargo, hay interés en el desarrollo sostenible, preocupación compartida por la población, instituciones públicas y organizaciones no gubernamentales.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. *En busca de la equidad: Informe anual del Director, 1995*. Washington, DC, 1996.
2. Pan American Health Organization. *Mid-Decade Evaluation of Water Supply and Sanitation in Latin America and the Caribbean*. Washington, DC, 1997.
3. Informes de país para la Tercera Evaluación de la estrategia de salud para todos en el año 2000, 1997.

Sección 4. Recursos para la salud

4.1 *Recursos humanos para la salud*

La información recolectada en los países de la Región indica que persiste la tendencia evidenciada en las evaluaciones anteriores hacia la especialización profesional médica. Las principales características se relacionan con la continuidad en el incremento del número de médicos en la Región, superándose en la mayoría de los países la relación de 10 médicos por 10.000 habitantes. En el personal de odontología, se aprecian valores extremos, desde 0,1 por 10.000, hasta 12.0 por 10.000 habitantes. La fuerza de trabajo en salud continúa siendo mayoritariamente femenina, observándose más en el personal de enfermería. La variabilidad de la distribución del recurso de enfermería en los países va desde 77 por 10.000 habitantes hasta 1 por 10.000 (cuadro 6).

La descentralización de los servicios de salud no ha tenido las consecuencias esperadas en la redistribución de los recursos humanos que se concentran en zonas urbanas y, por otro lado, las instituciones formadoras de recursos humanos han descuidado la formación en salud pública, política sanitaria y gestión sanitaria. La reducción del empleo en salud y los cambios del financiamiento derivados de la reforma del Estado han afectado a las nuevas políticas de desarrollo de recursos humanos en salud en la mayoría de los países de la Región.

Por lo general, en los países se cuenta con diversas instituciones que determinan en forma aislada las necesidades de formación, capacitación y mercado de trabajo de los recursos humanos en salud. No existen, o existen débilmente, mecanismos nacionales que permitan coordinar los esfuerzos interinstitucionales para garantizar la accesibilidad y distribución apropiada de los proveedores de servicios. En 14 de los informes recibidos se menciona que no han sido establecidos los mecanismos a nivel nacional para determinar si los recursos humanos para la salud están satisfaciendo los requerimientos de los países en cuanto a las necesidades institucionales existentes, la garantía de accesibilidad de la población y la distribución apropiada de proveedores según las necesidades de servicios de la población.

A pesar de que en la mayoría de los países se dispone de información relacionada a los recién egresados de las escuelas de formación pública, se desconocen otros aspectos, como formación, capacitación, distribución y desempeño en el sector privado. En el sector destaca una tendencia marcada a la super especialización e incorporación al mercado laboral privado, de acuerdo al poder adquisitivo y a la lógica de la demanda.

Otro elemento que afecta el desarrollo de los recursos humanos es la alta rotación gerencial como consecuencia de los cambios de gobierno y de dirección, y la falta de una política de personal que permita su desarrollo y la oferta de incentivos apropiados para su permanencia y motivación.

El análisis de la composición por clase de cargos de las estructuras de personal de los ministerios de salud registra en uno de los informes que, en la actualidad, alrededor de la mitad de los empleados está adscrito a funciones relacionadas con los fines del propio ministerio, aproximadamente 3 de cada 10 trabajadores están adscritos a direcciones relacionadas con aspectos curativos de la salud y menos de uno de cada diez a su prevención. Por cada médico hay cinco personas realizando trabajo administrativo.

Tampoco hay indicios de que la distribución geográfica y social de los trabajadores de salud haya mejorado desde la segunda evaluación de la estrategia de SPT/2000, persistiendo altas concentraciones en las regiones centrales en perjuicio de las zonas rurales y periferias urbanas. Prácticamente el total de los países que informaron reflejan esta situación y es considerada como crítica su reversión. Por ejemplo, en Guatemala, 80% de los médicos se encuentran en la región metropolitana, donde la relación es aproximadamente de 28 por 10.000 habitantes. Similar situación ocurre con el personal de enfermería, lo que produce déficit en la capacidad resolutive en el interior del país. En el Ecuador se destaca la persistencia de una inadecuada distribución de los recursos, tanto entre regiones como a nivel de las zonas urbanas y rurales, con una mayor concentración en la sierra. Es importante señalar que el 92,4% del personal que trabaja en salud se ubica en la zona urbana. En el mercado de trabajo del sector de la salud hay serios problemas. De cada 1.000 aspirantes a odontólogos matriculados en primer año, 326 se graduaban y 50 tenían cargo definitivo.

En el Caribe de habla inglesa continúa el crecimiento negativo para la categoría profesional en enfermería. Estos países presentan particularidades en relación al personal extranjero en salud que incorporan como fuerza laboral.

La aparición de nuevos actores en el mercado laboral de la salud (bancos, ONG, otros organismos) ha implicado cambios importantes en los mecanismos y procesos de regulación de la atención de salud y de las profesiones de salud. Las condiciones existentes en los últimos años no favorecieron el fortalecimiento del ejercicio de planificación de recursos humanos por parte de los ministerios de salud. En un contexto político donde los mandatos de las autoridades de salud son relativamente cortos y el tiempo de maduración de las decisiones relativas al campo de los recursos humanos es relativamente largo, las acciones estructurales necesarias para la solución de los problemas de salud son muchas veces pospuestas o no se consideran viables.

Muchas de las iniciativas se materializaron en el establecimiento formal de comisiones para la revisión de los recursos de salud, pero en la mayoría de los casos no tuvieron una trascendencia hacia la realización de acciones que contribuyeran a las respuestas esperadas y han dependido del momento político y del interés y la decisión de las autoridades responsables para convocarlas.

Los procesos de reforma sectorial en salud incluyen, como un elemento importante, el mejoramiento de las condiciones de trabajo, la remuneración, la descentralización de recursos, así como el mejoramiento de la calidad en la formación, capacitación y desempeño de los recursos humanos; a pesar de ello, la limitación más importante es que no se establece un modelo de necesidades de recursos humanos en salud, de forma coordinada con las instituciones formadoras de recursos, lo que incide en la distribución, la calidad de la atención y la falta de perspectivas profesionales en el sector público. Uno de los factores más importantes que han limitado la expansión de los recursos humanos recientemente ha sido el control sobre los gastos en el sector público precipitado por la caída de la economía.

4.2 *Recursos financieros para la salud*

En 1994 los países de América Latina y el Caribe gastaron en salud alrededor de US\$ 118.000 millones, alrededor de \$250 per capita. El gasto nacional en salud (GNS) de la Región en 1994 representó el 7,5 % del producto interno bruto (PIB).

Entre los países de la Región existen grandes diferencias en los niveles absolutos y relativos de gasto nacional en salud. El nivel de gasto varía de menos de \$30 en Haití y Honduras, hasta más de \$800 en Argentina y Bahamas. El GNS como porcentaje del PIB varía desde menos del 4% en Guatemala, Haití y Trinidad y Tabago, a más del 8% en Argentina, Belice, Canadá, Costa Rica, Estados Unidos de América, Nicaragua y Uruguay.

Entre 1980 y 1994 la Región ha experimentado una explosión del gasto en salud. El GNS como porcentaje del PIB se incrementó de 5,8% en 1980 al 7,5% en 1994. El gasto en salud por habitante pasó de \$200 en 1980 a \$250 en 1994, esto a pesar de que el promedio del ingreso per capita de la Región en 1994 fue similar al alcanzado a principios de los años ochenta (\$3.400 dólares constantes de 1994).

A pesar de una significativa recuperación del crecimiento económico y del gasto público, el gasto público en salud per capita en 1994 es similar al observado en 1980: alrededor de \$110.

El gasto privado en salud, el gasto en bienes y servicios de salud y contribuciones a seguros de salud privados y a esquemas de medicina prepagada, continúa siendo el principal componente del GNS: alrededor del 56% del GNS total de la Región (cuadros 7 y 8).

4.3 *Infraestructura física*

En comparación con los setenta, en los últimos 15 años la política de desarrollo de infraestructura ha sufrido un estancamiento y en la actualidad es uno de los componentes con mayor necesidad de respaldo de políticas de Estado. En general, no existe una política de desarrollo de la infraestructura física, incluidas las instalaciones y el equipo, como parte integral de la política sanitaria, por lo que la dotación de equipo e instalaciones no se realiza sobre la base de una evaluación de las necesidades de salud de la población, y se carece de procedimientos definidos de selección y de una estrategia de adquisiciones.

La planificación de los establecimientos de salud no se ha basado en un procedimiento sistemático, multidisciplinario y secuencial que abarque desde la evaluación de necesidades hasta el diseño del espacio para funciones y actividades específicas. En 1990, en Guatemala, se ha estimado que todas las instituciones públicas y privadas lograron una cobertura de aproximadamente 54% de la población del país. Por otra parte, los centros y puestos de salud ubicados en poblaciones mayores de 1.000 habitantes representan una relación de un centro por cada 10.000 habitantes. Se destaca el hecho de que, en general, la población vive muy dispersa en aproximadamente 18.000 comunidades de menos de 500 habitantes cada una.

En la mayoría de los países no existen como parte integral servicios técnicos de atención de salud ni se cuenta con un plan de mantenimiento de equipos hospitalarios. Por lo general, las demandas se atienden desde las sedes centrales según se presentan las necesidades y no de acuerdo con un programa que considere el mantenimiento preventivo, lo que es igual con el mantenimiento de las plantas físicas. A nivel de las Américas, no se tiene conocimiento del porcentaje de equipo que funciona y, casi siempre, cuando no se utiliza un equipo es por que este es inadecuado, hay una falta de personal especializado que sepa usarlo o, en múltiples ocasiones, por fallas menores y falta de repuestos.

Tampoco hay criterios para la selección del equipo en los diversos niveles de establecimientos. El proceso de selección y adquisición a nivel local está más sujeto a la disponibilidad presente de recursos financieros que al análisis de las opciones tecnológicas y las responsabilidades de operación y mantenimiento involucradas.

Un gran número de los ministerios de salud no cuentan con un presupuesto suficiente para la reparación y mantenimiento de la infraestructura y equipo, oscilando el promedio de la partida presupuestaria "Construcciones, adiciones y mejoras" entre 2,5 y 1,9% del total del gasto general del ministerio de salud, comparado con las normas internacionales (7%-10%). En algunos países el mayor fortalecimiento en este ramo se ha logrado a través de la ayuda internacional. Otro elemento a considerar es la alta rotación del personal de ingeniería y mantenimiento y la ausencia de una sostenida política de desarrollo de recursos humanos en esta área, lo cual favorece la contratación de servicios al sector privado.

Algunos de los cambios más importantes en la infraestructura física que han influido en la salud de la población de manera positiva es la ampliación y mejoramiento de la red de establecimientos de atención ambulatoria. Se han hecho esfuerzos para la ejecución de acciones planificadas en diferentes programas y, a pesar de que no ha habido una planificación sistematizada de establecimientos de salud, se observa en muchos países una mayor distribución con coberturas geográficas que tratan de dar respuesta a las demandas de accesibilidad de servicios de salud. En relación con la infraestructura, se desconoce el estado de la infraestructura física y equipamiento de los establecimientos en los países de la Región. Algunos países han realizado inventarios que les permiten conocer el grado de utilización; en algunos, la proporción es de equipo bien utilizado, 93,4%, subutilizado, 6,2%, y sobreutilizado, 0,4%, pero hay países con 60% de unidades inactivas.

Algunos países han establecido un sistema de clasificación que atiende los niveles de riesgo potencial a la salud de la población y se basan en criterios de calidad y seguridad, pero su ejecución aún requiere mayor organización. En un informe de país se registra que durante la ejecución del catastro de 393 instalaciones de salud (57,8% del total), encontraron que solo en 0,8% de las instalaciones evaluadas existía algún método de tratamiento de los residuos sólidos peligrosos.

4.4 *Medicamentos esenciales y otros suministros*

Uno de los ocho elementos esenciales de la Declaración de Alma-Ata en 1978 es el uso de los medicamentos esenciales, el cual debería modificar la forma de operar los servicios y de utilizar los medicamentos. Aunque en diversos países se han hecho modificaciones, distan mucho de haber alcanzado los niveles previstos. A pesar de ello, desde que las políticas de libre mercado conforman un componente de los procesos de reforma del sector de la salud, en muchos países la legislación y regulación sobre los medicamentos han constituido prioridades nacionales, con el objetivo de crear o actualizar su marco legal para mejorar el abastecimiento y el uso racional de medicamentos. Aun en aquellos países que no tienen explícitamente definida la política

nacional sobre medicamentos, este aspecto siempre forma parte de la agenda política. Los gobiernos reconocen problemas de acceso y equidad en relación con los medicamentos en la mayoría de los países, y se hacen esfuerzos para mejorar la disponibilidad y el acceso de los mismos.

Se ha estimado que el mercado farmacéutico de América Latina alcanza un valor de \$18,1 mil millones, y 77% del mismo corresponde a Argentina, Brasil y México. Sin embargo, estos países no son los de mayor consumo per capita; el consumo oscila desde países con más de \$100 per capita hasta países con un consumo inferior a \$5. El sector privado representa 78% del mercado total farmacéutico. En cada uno de los bloques regionales (Mercado Común del Sur, Centroamérica y Área Andina), las autoridades de reglamentación farmacéutica de los países participantes se reúnen periódicamente para armonizar sus prácticas.

Tres grandes problemas se detectan en las políticas públicas sobre medicamentos: el presupuesto de medicamentos anual es bajo en relación con las necesidades de la población, el abastecimiento es ineficaz y el sistema de distribución existe pero en la práctica no funciona de manera adecuada.

Pocos países latinoamericanos cuentan con una comisión nacional de medicamentos para apoyar el diseño e implantación de políticas y buscar solución a los problemas que se presentan. Muchas veces estas comisiones no tienen control ni capacidad de gestión sobre las acciones que recomiendan, por lo que en la mayoría de los casos tienen carácter nominal.

Las principales limitaciones para mejorar la accesibilidad de los medicamentos esenciales se relacionan con políticas farmacéuticas que no se implementan bien; poca información y educación de los recursos humanos del sector de la salud que intervienen en la prescripción, dispensación y uso racional de los medicamentos; y baja asignación presupuestaria para la adquisición de los mismos. Los aspectos más controversiales en las discusiones sobre la nueva legislación están vinculados con los programas genéricos sobre medicamentos esenciales; la prescripción de medicamentos genéricos; el uso de expendios no tradicionales para la venta de medicamentos; los criterios para la clasificación de medicamentos de prescripción y la automedicación; y los requisitos para el establecimiento de farmacias, entre otros.

Algunas características del sistema de abastecimiento de medicamentos en la Región son:

- a) la existencia a nivel nacional de organismos de reglamentación farmacéutica que se encargan de expedir licencias para el mercado farmacéutico (muchos países

han elaborado listas de medicamentos esenciales que se limitan a las instituciones que dependen del ministerio de salud);

- b) algunos países continúan realizando compras centralizadas como un mecanismo de economía en escala para las instituciones públicas (Bolivia, Ecuador y Honduras); otros países donde los procesos de descentralización han avanzado han realizado una descentralización del presupuesto y de los recursos financieros a los niveles locales (hospitales, centros de salud);
- c) algunos países, como parte de los esfuerzos para direccionar una mayor equidad en el acceso de los medicamentos, han desarrollado una red de distribución que incluye, además de los tradicionales centros de salud y farmacias, otros nuevos centros de venta (la comunidad ha tenido una importante participación);
- d) ha habido un descenso en el presupuesto asignado a los sectores sociales, con la correspondiente disminución de presupuesto en farmacias; como resultado de esta situación, muchos países han recurrido a diferentes fuentes de financiamiento y se ha incrementado la responsabilidad de asumir los costos por parte de los pacientes.

La práctica de la medicina tradicional está presente en toda la Región, existiendo un amplio uso de plantas medicinales que no han sido incluidas en las listas nacionales de medicamentos.

Se contemplan algunas medidas para el desarrollo de esta área para la renovación de la estrategia de SPT/2000, como la aprobación de anteproyectos sobre reglamentación general de medicamentos y farmacias; el desarrollo y fortalecimiento de los sistemas de suministro de medicamentos y de la inspección de los mismos, así como el desarrollo de las áreas de análisis y control de calidad de los medicamentos. Otras medidas se orientan a la vigilancia de la calidad a nivel local, la difusión permanente del uso de medicamentos a nivel local y comunitario, y el mejoramiento de la infraestructura de las bodegas locales.

En algunos países no existen criterios o guías para la justificación médica de las transfusiones de sangre entera y sus derivados. En los últimos años, la aparición del SIDA ha aumentado la presión social que requiere seguridad absoluta en el producto que se transfunde. Esto ha impuesto nuevas y mayores cargas en la logística, gerencia y organización de los servicios de transfusión. La selección de donantes continúa siendo un factor clave, de ahí la necesidad de hacer tamizaje serológico de todos los donantes. Solamente cinco de los 33 países que enviaron la información notificaron un control del 100% de las donaciones de sangre y sus derivados. La situación sobre la

cobertura del tamizaje serológico para VIH, hepatitis por virus B y C, sífilis y *Trypanosoma cruzi* en donantes de diferentes países de América Latina durante 1995 se describe en el cuadro 9. En el caso de la República Dominicana, se colectan aproximadamente 33.000 unidades de sangre al año, incluyendo los sectores público y privado. De estas, 22% son de donantes voluntarios, 47% de familiares y 31% pagadas. Se estima que de 95% a 98% de las donaciones son examinadas para el VIH.

4.5 *Colaboración internacional en favor de la salud*

En las Américas, la cantidad de ayuda internacional recibida para la salud como porcentaje del gasto sanitario público total varía desde 0% (Estados Unidos de América) hasta 15,3% (Haití) para 1996.

Los nuevos planes de salud a partir de las reformas están impactando de manera importante el financiamiento del sector de la salud, la eficiencia en el uso de los recursos disponibles y el manejo y desarrollo adecuado de los recursos humanos. Por otra parte, los organismos internacionales han incrementado sus espacios de trabajo con otras instituciones diferentes a los ministerios de salud, como por ejemplo las ONG. Por otra parte, los gobiernos han enfatizado la necesidad de fortalecer vínculos con nuevos colaboradores o colaboradores no tradicionales en materia de salud como el Banco Interamericano de Desarrollo y el Banco Mundial, a través de los proyectos de las reformas políticas en salud.

Generalmente la orientación de los organismos de colaboración internacional varía en función de los dominios de su interés, lo que a veces es contradictorio con las necesidades de salud existentes en los países. Hay una tendencia a la verticalización de la ejecución de los proyectos. A esto se suman otros factores, como el carácter temporal de los intereses de los donantes y la dificultad del sector público de asumir la sostenibilidad de los proyectos.

Como parte de las medidas impulsadas, los ministerios de salud han creado direcciones para coordinar la cooperación externa; se han reforzado las estructuras centrales y periféricas para incrementar la capacidad de análisis y de respuesta a las ofertas de financiamiento de los donantes internacionales, y se ha estimulado la participación comunitaria en los proyectos.

Es importante destacar la cooperación internacional en un aspecto puntual: las inmunizaciones y campañas de vacunación. En la Región de las Américas están presentes los productores de vacunas más importantes del mundo: Canadá y Estados Unidos, existiendo otros países que también producen vacunas aunque en menores cantidades.

Se destacan como limitantes, entre otros: a) los bajos niveles de ejecución de los recursos externos y una débil participación de los mismos en el propio presupuesto del sector de la salud; b) la excesiva burocracia para la concreción de los distintos programas proyectados; c) la poca cantidad de recursos humanos asignados y calificados para la formulación de proyectos y ejecución de programas; d) un sistema de información de ejecución de programas, proyectos y recursos de la cooperación internacional inexistente o incompleto, y e) la tendencia decreciente de la cooperación internacional con una reducción importante en la cantidad de recursos para cooperación.

4.6 Conclusiones

La planificación y el reordenamiento de los recursos de salud no han podido ser adecuados a las necesidades derivadas de las políticas y estrategias de SPT/2000 y la atención primaria de salud. Las restricciones financieras que sufrieron los sectores sociales durante la última década han puesto de manifiesto cada vez más serias limitaciones de las instituciones para la gestión de sus recursos, lo que se ha evidenciado aún más debido a la tendencia al incremento de los costos en los servicios. La política de desarrollo de infraestructura es uno de los componentes a fortalecer dentro de los procesos de reforma del sector de la salud, así como el fortalecimiento de los mecanismos para el abastecimiento de medicamentos esenciales y otros suministros.

Referencias

1. *Salud para todos y atención primaria de la salud en la Región de las Américas. Informe de vigilancia de las estrategias, 1994.* (PAHO/HDP/HDA/95.01).
2. *La cooperación de la Organización Panamericana de la Salud ante los procesos de reforma del sector salud,* marzo 1997. OPS/OMS.
3. *Serie: Medicamentos esenciales y tecnología: 2. Armonización de la reglamentación farmacéutica en América Latina,* 1997. HSP/HSE, OPS.
4. *Control oficial de medicamentos.* Programa de Medicamentos Esenciales y Tecnología, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, 1996. HSP/HSE, OPS.
5. *Serie: Organización y gestión de sistemas y servicios de Salud. 1. La descentralización, los sistemas de salud y los procesos de reforma del sector.* Informe final: Valdivia, Chile 17-20 marzo de 1997. HSP, OPS-Mayo 1997.

6. *Las condiciones de salud en las Américas*, Edición de 1994. OPS.
7. *Evaluación de la estrategia de salud para todos en el año 2000*. Región de las Américas. Tema 32 del Programa Provisional, XXXI Consejo Directivo. OPS, septiembre-octubre 1985/
8. *Evaluación de la estrategia de salud para todos en el año 2000*. Región de las Américas. Tema 5.7 del programa provisional, XLIII Consejo Directivo. OPS, septiembre 1991.
9. *Pharmaceuticals Policies and Programs in Latin America*. HSP/HSO. OPS, 1996.
10. *Informe anual del Director, 1995*. En busca de la equidad. OPS, 1995.
11. *Situación de salud en las Américas*. Indicadores Básicos 1996. (OPS/HDP/HDA/96.02)
12. *Informes de país para la Tercera Evaluación de la estrategia de salud para todos en el año 2000*, 1997.

Sección 5. Desarrollo del sistema de salud

5.1 *Políticas y estrategias de salud*

Desde la Segunda Evaluación han habido importantes cambios en la formulación e implantación de políticas nacionales que durante tres décadas se han caracterizado como: a) centralización de la toma de decisiones en los ministerios de salud; b) la rigidez financiera y regulaciones del personal dentro del sector público de salud, y c) falta de capacidad organizacional.

Las principales estrategias de ejecución de las políticas nacionales han sido la desconcentración-descentralización, la participación social, la coordinación inter- e intrasectorial y la participación creciente del sector privado.

Los programas de reforma del sector de la salud han presionado los procesos de descentralización administrativa de los ministerios de salud, siendo esta actividad el principal propósito y el elemento clave para mejorar la atención primaria.

Las nuevas políticas de salud, en general, consideran como fundamentales el fortalecimiento de la atención primaria de salud; la descentralización administrativa y la responsabilidad de los diferentes niveles de gestión y la priorización de la participación comunitaria y el desarrollo de los espacios de coordinación multisectorial e intrasectorial.

El desarrollo positivo de las políticas de salud incluye un gran acercamiento sobre los determinantes de la salud, el reconocimiento o sensibilización de que el género es un determinante de la salud, además de las iniciativas que algunos países vienen desarrollando sobre poblaciones indígenas.

En contraste, la reducción fiscal del gasto en salud y el fenómeno creciente de la privatización de los servicios han sido elementos que no han favorecido el desarrollo de las políticas de salud en la mayoría de los países. Otras limitaciones se relacionan con la falta de adecuación de la capacidad gerencial en las instituciones de los sistemas de salud y excesiva centralización de las decisiones y recursos disponibles, insuficiente financiamiento del sector, ausencia de mecanismos básicos de coordinación intersectorial, falta de coordinación intrasectorial entre los subsectores público y privado, grandes dificultades de acceso de la población a los servicios de salud en los niveles locales, poco desarrollo de la estrategia de atención primaria de salud (en algunos países), baja calidad de los servicios hospitalarios, inadecuado abastecimiento de medicamentos e insumos, y subutilización de los recursos asignados al suministro de medicamentos y uso irracional de los mismos.

Los procesos de integración subregionales han continuado fortaleciéndose en aspectos más allá de lo económico y de lo comercial, abordándose problemas comunes entre países cercanos, fortaleciéndose proyectos de cooperación técnica y algunas áreas específicas como las relacionadas con el registro y comercialización común de medicamentos, productos biológicos, rehabilitación, sistemas de información, además de varios proyectos y convenios bilaterales subregionales.

La diseminación de las políticas de salud ha sido muy limitada, en parte debido a que los mecanismos de diseminación y diálogo entre los diferentes niveles no han sido en algunos casos establecidos o no han sido lo suficientemente desarrollados. Terminan de conformar esta situación, la falta de continuidad entre diferentes gobiernos, con adopción de medidas en el corto plazo sin proponer o asegurar una estrategia de desarrollo sostenible, lento avance del proceso de descentralización administrativo que obstaculiza la aplicación de reformas en las instituciones gubernamentales, falta de consolidación de un sistema de información a nivel nacional, y débil capacidad gerencial.

En relación al fortalecimiento de la estrategia de SPT/2000, varios países expresaron no tener un plan de acción específico pero indicaron que las metas y estrategias están reflejadas en los planes de salud de sus ministerios.

5.2 Cooperación intersectorial

A excepción de pocos países, no ha habido cambios importantes en cuanto al fortalecimiento de vínculos entre los ministerios de salud y otros ministerios de gobierno, existiendo por lo general comités interministeriales para el abordaje de temas sociales. Algunos países informaron que no han sido evaluados estos mecanismos para apoyar la consecución de la meta de SPT/2000 hasta ahora.

El consenso ha sido que la aplicación en la práctica de estos esfuerzos no ha sido uniforme como se hubiera deseado para obtener los máximos resultados. Una de las deficiencias ha sido la ausencia de mecanismos funcionales para estimular y conducir el proceso de una manera organizada. Se necesita desarrollar nuevas estrategias para mejorar esta situación. La descentralización impulsada a través de los procesos de reforma es uno de los mecanismos más apropiados mediante los cuales la cooperación intersectorial podría ser más efectiva al fortalecerse las localidades.

Canadá es uno de los pocos países que reconoce y ha fortalecido la intersectorialidad y ha establecido diferentes iniciativas/programas para la efectiva y apropiada cooperación intersectorial, citándose entre ellos la Estrategia Nacional para Reducir el Tabaco (TDRS); la Fase II de la Estrategia sobre Drogas de Canadá (CDS),

Salud y Ambiente, la Iniciativa contra la Violencia Familiar (FVI), el Proyecto de Comunidades Saludables (HCP), la Iniciativa para el Desarrollo de la Niñez (CDI), entre otras, aunque también reconoce que en la práctica la cooperación intersectorial es difícil de realizar.

De la misma manera, en los Estados Unidos de América la iniciativa "Healthy People 2000" ha sido un puente para la colaboración con otras dependencias federales. Esta iniciativa ha trabajado con la Agencia de Protección Ambiental, el Departamento de Educación, y la Administración Nacional de Transporte y otras para aunar esfuerzos sobre objetivos en común. Esta iniciativa es utilizada entre el gobierno federal, y los gobiernos estatales locales. Varios estados han organizado una estructura organizativa en espejo, con 22 áreas prioritarias, y otras han adoptado su propia estructura. Hasta el momento, 44 estados han hecho públicos sus objetivos para el año 2000.

Varios países mencionaron trabajos conjuntos con los ministerios de educación para incorporar temas de educación y promoción de la salud en los programas de estudios.

Los países aceptan que la salud es más que la atención sanitaria y que el nivel de salud de la población está determinado por una variedad de factores que incluyen, pero no se limitan, a ingreso, fundamento biológico y genético, red de apoyo social, desarrollo de la niñez, educación, servicios de salud, empleo y condiciones de trabajo, género, medio físico, cultura y prácticas personales de salud, entre otros. Pero, además, muchos de esos determinantes de la salud están fuera de la esfera del sector de la salud. La colaboración intersectorial y un apoyo amplio público son esenciales para la aplicación exitosa de las estrategias de salud. En la práctica, no hay muchos indicios de la aplicación de este principio. Incluso en países donde se ha realizado este tipo de esfuerzos la participación de la comunidad está ocurriendo sin el apoyo de políticas formales.

5.3 Organización del sistema de salud

Un elemento importante de las actuales políticas de salud en la mayoría de los países de la Región es el relacionado con los procesos de reforma del Estado. Los fenómenos prevalentes de reforma del Estado y descentralización de la vida nacional han vuelto prioritaria la redefinición de los roles institucionales en el sector de la salud, sobre todo de los ministerios de salud, en cuanto al ejercicio de su función rectora en los procesos de reforma sectorial. La meta para superar las grandes inequidades en salud y en bienestar prevalecientes en la Región sigue siendo el principal objetivo de la función rectora en salud.

Se pueden establecer dos grupos de países: los que han avanzado en un proyecto global de reforma (Argentina, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Estados Unidos de América y México) y los que han puesto en práctica medidas como consecuencia de la aplicación de los programas de ajuste y que estarán desarrollando reformas globales (Belice, Bolivia, Brasil, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Jamaica, Nicaragua, Panamá, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela).

En un contexto de crecimiento acelerado de las necesidades y una limitación de recursos, la mayoría de los países de las Américas intentan remodelar las estructuras del Estado mediante la implantación de esquemas que garanticen un menor gasto público y un aumento de la eficiencia en el uso de los recursos financieros disponibles.

En este contexto, se observa por una parte que los servicios públicos de salud no habían logrado alcanzar un grado de desarrollo armónico, equitativo, de calidad y eficiencia tal que les permitiera asimilar los efectos de la crisis. El panorama del sector de la salud a nivel regional se dibuja como incapaz de dar una cobertura total e integral a todos los ciudadanos. La existencia de grupos postergados, sin acceso a los servicios básicos de salud, se observa en prácticamente todos los países y se habla de una deuda social importante, con limitada accesibilidad para la mayoría de la población.

Por otra parte, el sector de la salud se presenta como un ente desarticulado constituido por múltiples instituciones descoordinadas, con clientelas propias según los diferentes estratos socioeconómicos. En estas condiciones, se dan duplicaciones y vacíos, principalmente en las zonas rurales y en la población urbano-marginal de las grandes ciudades.

En la práctica, el manejo de la atención de salud ha sido básicamente centralizado, pero cada día más se observa una tendencia por dar más autonomía a los niveles locales para los procesos de toma de decisiones. Esto no siempre incluye la descentralización financiera. Entre las principales funciones a fortalecer por los ministerios de salud se incluyen desarrollo de estrategias y políticas nacionales, distribución de recursos, investigación y desarrollo para la introducción de nueva tecnología, abogacía y regulaciones.

La introducción de cambios en la estructura organizativa del sector de la salud implica nuevos desafíos y una parte de ellos se orienta hacia la aplicación y los efectos de los procesos de reforma. Un factor que ha limitado la formulación y ejecución de proyectos y el desarrollo de la capacidad rectora, política y normativa ha sido la elevada rotación gerencial como consecuencia de los cambios de gobierno y dirección, lo que en varios países se traduce en programas de emergencia que dificultan la construcción de un modelo de financiamiento y gestión de forma estable.

Los procesos de vigilancia y evaluación de los planes nacionales y de las estrategias, excepto para algunos programas, no son realizados de forma sistemática y para realizar los ajustes pertinentes. Además, los mecanismos de diseminación de información y para la toma de decisión están presentes pero no siempre funcionan de forma efectiva.

En la mayoría de los países el sector de la salud se divide en público y privado, existiendo una gran desarticulación y falta de coordinación entre las distintas instituciones que atiende el sector de la salud y los subsectores. Además, hay una falta de coherencia entre las políticas y las estrategias en la planificación de los servicios y programas de salud. A pesar de que en el discurso oficial algunos países han asignado una prioridad a la APS, en la práctica alrededor del 80% del presupuesto de las instituciones de salud va hacia los hospitales y la medicina curativa.

La falta de un sistema de información adecuada impacta adversamente en la oportunidad y confiabilidad de la información, habiéndose registrado que algunos sistemas de información sobre producción de servicios no han sido revisados en más de 20 años. Este problema contribuye a limitar la definición de una política de salud sustentada en la identificación de los problemas y necesidades prioritarias para el sector.

En relación a la legislación sanitaria, en la gran mayoría de los países esta no responde a la dinámica que se requiere en los procesos de reforma ni a las necesidades de salud, haciéndose imperativo un proceso de revisión y adecuación de las leyes y reglamentos actuales.

El proceso de descentralización se ha constituido en una herramienta del sector de la salud para el logro de metas estratégicas, como son mejorar las condiciones de salud de la población, mejorar el acceso a los servicios y la calidad de la atención, superar las ineficiencias y mejorar el costo-beneficio de las acciones.

Hay razones poderosas para el cambio del sistema de salud, entre otras los cambios demográficos y epidemiológicos y las deficiencias de cobertura y equidad. En materia de servicios de salud, a comienzos de 1995 aún persistían entre 7 y 10 millones de personas que carecían de atención de salud.

La experiencia de la descentralización presenta variantes entre los países de la Región. Es así que la experiencia de México se centró en los cambios descentralizadores en los servicios que cubren a la población abierta. Con el fin de fortalecer los servicios de salud a nivel de los estados, se planteó el cambio del modelo de atención, se definió un paquete de servicios básicos, se racionalizó el uso de

medicamentos básicos y se definió un plan maestro de infraestructura. En ese país, la descentralización ha tomado en consideración la situación de los regímenes laborales y de cobertura social de los trabajadores y ha realizado una exhaustiva revisión de los aspectos legales de la salud.

Para Chile, desde 1990 el proyecto político del sector se ha orientado a separar la función de financiamiento de la provisión de servicios, fortalecer el rol regulador del ministerio de salud, readecuar el modelo de atención, descentralizar los programas de salud, modificar las modalidades de pago, focalizar el gasto en la población de extrema pobreza y modernizar la gestión de los recursos humano. En esta perspectiva de reforma, los elementos estratégicos del proceso de descentralización chileno son el fortalecimiento de la capacidad rectora del ministerio de salud, la reorganización de los servicios con separación de funciones, el fortalecimiento del derecho de las personas a elegir los servicios, la reorientación de las modalidades de pago, y el mejoramiento de la capacidad de gestión de los niveles locales.

En 1993 Bolivia inició un proceso de reformas estructurales del Estado para pasar de un Estado centralista a una nueva estructura basada en la participación popular y en el marco de un nuevo modelo de desarrollo nacional. Uno de los ejes de este cambio es la descentralización y el fortalecimiento de las instancias municipales. Tres son los elementos que dan forma a la propuesta de reforma estatal: el proceso de participación popular, la integralidad del desarrollo y una nueva relación de fuerzas entre lo político y lo económico. En este marco, la base del cambio es la participación popular, y la descentralización adquiere un sentido propio y nacional.

El proceso de descentralización del Estado en Colombia comenzó en 1986 con la elección de alcaldes y se consolidó en 1991 con la sanción de la nueva Constitución, en la que también se instituyó el derecho a la salud y la seguridad social, así como el mandato de la transferencia de recursos y facultades a los municipios. Entre los avances logrados se pueden señalar la instalación de la salud en el debate nacional; el incremento de los niveles de participación comunitaria; la disponibilidad de mayores fondos para poblaciones indígenas; articulación con la descentralización de educación y saneamiento, e incremento de la cobertura mediante un acceso mayor a la seguridad social.

En el resto de los países con procesos de descentralización en marcha se ha enfatizado que los procesos nacionales de reforma sectorial están introduciendo cambios en las diferentes instancias del sector de la salud con el propósito de aumentar la equidad de sus beneficios, la eficiencia de la gestión y la efectividad de sus prestaciones. Estos cambios se están produciendo en un contexto condicionado e influido por ajustes macroeconómicos, redefinición de los roles del Estado y

fortalecimiento democrático pluralista al interior de la sociedad, además de la existencia de cambios demográficos y epidemiológicos de las poblaciones que obligan a cambios en las políticas y estrategias sociales y de salud.

Cada país ha decidido qué descentraliza, en qué momento y a dónde, en función de su realidad concreta y de los propósitos de transformaciones que persiguen los procesos nacionales de reforma. Sin embargo, aún hay problemas que superar: inexistencia de unidad política y fuertes resistencias al proceso en varios países, falta de un debido acompañamiento técnico y falta de sistematización de algunas experiencias y modalidades novedosas, entre otras.

5.4 *Proceso de gestión*

Durante el período analizado dos grandes iniciativas han sido impulsadas para apoyar la gestión del sector de la salud: los proyectos de ajuste del sector de la salud y la reforma del sector de la salud.

La eficiencia y la eficacia de los sistemas de salud están íntimamente ligados a la calidad de la gestión. Los recursos disponibles para la salud son insuficientes e imponen a las autoridades sanitarias el desarrollo de estilos de gestión susceptibles de garantizar al sistema una óptima utilización de los recursos para alcanzar el máximo impacto sobre la salud de la población. Como ya se mencionó antes, este abordaje amerita un proceso de intervención de los diferentes niveles de gestión y de otras medidas que acompañen este procesos, entre ellas cooperación intersectorial, el desarrollo de un sistema de información en salud, y el desarrollo de la investigación sobre la tecnología de salud.

Los procesos de reforma están siendo dirigidos especialmente por las siguientes metas: fortalecimiento de la calidad de la atención, una práctica eficiente, equidad en el acceso, asignación racional de los recursos y fortalecimiento de los sistemas de información.

La excesiva burocratización de los ministerios ha sido una de las principales limitaciones para el fortalecimiento de los procesos de gestión de salud. La implantación y desarrollo de los planes y programas ha sido otro problema crónico en la mayoría de los países. Por otra parte, continúa siendo una necesidad sentida la investigación de servicios de salud, necesitando conocerse sobre costos de los servicios, la atención de salud que cubre el sector privado en general, la industria farmacéutica y de seguros, y los subsidios gubernamentales a los proveedores privados.

Algunas de las limitaciones de los esfuerzos de los países para mejorar la gestión del sistema de salud se relacionan con la resistencia al cambio, la falta de experiencia en el manejo de los servicios de salud de forma gerencial, y el fortalecimiento de la capacitación de los recursos humanos para la toma de nuevos roles y responsabilidades en el proceso de desconcentración que se está realizando.

5.5 *Sistema de información sanitaria*

En general, los sistemas de información sanitaria de los países de la Región consisten en una serie de subsistemas desarticulados que no reflejan la experiencia sanitaria completa del país. En la mayoría de los casos se limitan a sistemas de notificación que usan relativamente poco las encuestas y otras técnicas de recopilación de datos. La falta de datos completos y oportunos, sumada a la falta de capacidad analítica, limita la utilidad del sistema de información para la adopción de decisiones.

Se está difundiendo el uso de computadoras, pero en algunos países todavía subsiste el procesamiento manual de datos, especialmente a nivel local. Varios países informaron que se transmiten datos electrónicamente al nivel central y que se usan computadoras para correo electrónico y para tener acceso a la Internet. Una cantidad creciente de países, entre ellos Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica y Estados Unidos de América, están colocando sus datos sanitarios en un sitio virtual en la Web, posibilitando el acceso a la información desde cualquier lugar del mundo.

Con la computadorización, especialmente del sistema de vigilancia, se han detectado brotes con mayor rapidez y se han presentado informes y respuestas más oportunos. Dos países señalaron que la computadorización había llevado a los directivos a dar mayor prioridad a la información. No obstante, en algunos casos el sistema computadorizado no dio los resultados que se esperaban. Eso se atribuyó a la falta de seguimiento técnico, a la insuficiencia del personal y a problemas de mantenimiento de las computadoras.

Muchos países señalaron que habían distribuido disquetes educativos al personal sobre diversos temas. No se mencionaron servicios bibliográficos en la descripción de los sistemas de información, pero se trató el tema en el análisis de las investigaciones sanitarias.

En cuanto a las medidas necesarias para aumentar la eficiencia de los servicios de información en respaldo del proceso gerencial, varios países indicaron la necesidad de instalar un sistema computadorizado o ampliar y reforzar el sistema actual. También es necesario capacitar al personal de todos los niveles, especialmente con respecto al uso y el análisis de la información. Con la descentralización se están ofreciendo

servicios de salud en varios programas y medios nuevos, como escuelas sanas o mercados sanos, que presentan desafíos para la tarea de información.

5.6 *Acción comunitaria*

Aunque todos los países han expresado un compromiso con la participación de la comunidad, hay grandes diferencias en la aplicación de este concepto. En los países más grandes, la descentralización y la democratización han impulsado la participación comunitaria y se han creado comités de salud locales que ofrecen un foro para la participación y, a menudo, para la gestión conjunta de un establecimiento de salud. En algunos países, la participación comunitaria ha llevado a la participación social, es decir, la participación de todos los servicios sociales en la comunidad.

A fin de lograr la participación conjunta eficaz en la planificación y la vigilancia de los servicios de salud locales se han tomado medidas para fortalecer la capacidad, proporcionando capacitación al personal de salud y a dirigentes comunitarios. En algunos países se ha incorporado la capacitación para el trabajo con la comunidad en los programas de estudios del personal técnico y profesional de salud.

No obstante, se mencionó con frecuencia la falta de capacitación en materia de participación comunitaria como un obstáculo. En varios de los países más pequeños existe poca participación comunitaria sostenida. Se movilizan comunidades para que colaboren en determinados proyectos, como control de vectores, pero no participan en la planificación y el funcionamiento de los servicios de salud. Sin embargo, en muchos de estos países hay ONG que fomentan la participación comunitaria.

5.7 *Preparativos para situaciones de emergencia*

Los países de la Región están expuestos a diversos desastres naturales, como huracanes, terremotos, erupciones volcánicas, inundaciones y sequías. Debido a la deforestación y a la construcción de viviendas en zonas inestables, las lluvias torrenciales pueden causar deslizamiento de tierras, con las pérdidas consiguientes de vidas y daños materiales. Los desastres de origen tecnológico constituyen una preocupación creciente para varios países.

Casi todos los países tienen comités nacionales para el manejo de situaciones de emergencia, muchos de los cuales existen desde hace muchos años. Sus planes se han concentrado en las medidas que deben tomarse después de un desastre. Actualmente, varios países informan que están prestando más atención a la prevención y mitigación de desastres. Aunque se proporciona capacitación al respecto, es necesario intensificarla

para lograr la participación de la comunidad en las medidas que deben tomarse antes y después de los desastres.

En 1991 la OPS creó el Sistema de Manejo de Suministros después de los Desastres (SUMA), cuyo propósito es específicamente imprimir mayor orden y eficiencia a los inventarios, la clasificación y la distribución de suministros de urgencia después de los desastres. Desde entonces varios países han capacitado personal en el uso de este sistema.

Otro campo de actividad ha sido la formulación de planes en previsión de desastres para hospitales y otras instituciones sanitarias, la capacitación para su uso y pruebas de los planes y de la capacitación para determinar su idoneidad por medio de simulacros. Los simulacros han resultado útiles y han despertado el interés de la comunidad. Los países que no han podido realizar ejercicios de este tipo debido a la falta de recursos lo señalaron como un obstáculo.

5.8 *Investigaciones y tecnología sanitarias*

Aunque en muchos países de América Latina y el Caribe se realizan investigaciones, en la mayoría de los casos dependen de la disponibilidad de fondos y de personal o del interés institucional, en vez de responder a las necesidades de los programas de salud. Por otra parte, los resultados de las investigaciones, incluso cuando están disponibles, no se incorporan en el proceso de adopción de decisiones. Sin embargo, durante los últimos años se han creado unidades en el ministerio de salud o comités para abordar las necesidades en materia de investigaciones sanitarias y formular una política nacional al respecto.

Varios países informaron que se adoptan tecnologías sin realizar investigaciones previamente y sin evaluar los resultados.

La difusión de resultados de investigaciones y la comunicación entre investigadores son problemáticas. En algunos países se están tomando medidas para facilitar la disponibilidad de información científica por medios electrónicos (discos CD-ROM o la Internet), pero este aspecto sigue constituyendo una limitación importante en algunos países.

La falta de investigadores bien preparados es otra limitación. La OPS y el Centro de Investigaciones para el Desarrollo Internacional, de Canadá, han iniciado un programa de donaciones para la capacitación en investigaciones de salud pública. El propósito de esta iniciativa es formar investigadores en el campo de la salud pública, ofreciendo a los beneficiarios la posibilidad de cursar estudios avanzados en este campo

y de recibir fondos adicionales para la ejecución de un proyecto de investigación. En vista de su orientación a las investigaciones aplicadas y al fortalecimiento de las instituciones de investigación, además del perfeccionamiento individual, esta iniciativa se propone mejorar el proceso de adopción de decisiones en los países de la Región y, de esta forma, mejorar la salud de la población.

5.9 Conclusiones

Desde la Segunda Evaluación se han producido grandes cambios en la formulación y aplicación de la política nacional y para el sector de la salud. Se están utilizando estrategias tales como descentralización, participación social y coordinación intersectorial e intrasectorial, que en algunos casos ya han dado resultados favorables.

Estos cambios han estado acompañados de una reducción del gasto sanitario, lo cual ha puesto de relieve la necesidad de mejorar la gestión. Los sistemas de información sanitaria y las investigaciones deben orientar a las autoridades, pero con demasiada frecuencia no lo hacen debido a limitaciones del sistema de información, a los tipos de investigaciones que se realizan y a la falta de conocimientos analíticos para usar estos instrumentos.

Para aplicar eficazmente estas estrategias e instrumentos se necesitan conocimientos, actitudes y prácticas nuevos en todos los participantes en el proceso. Se ha proporcionado capacitación, pero todavía queda mucho que hacer.

Referencias

1. Informes de país para la Tercera Evaluación de la Estrategia de salud para todos en el año 2000, 1997.
2. *Salud para todos y atención primaria de la salud en la Región de las Américas. Informe de vigilancia de las estrategias, 1994.* (PAHO/HDP/HDA/ 95.01).
3. *La cooperación de la Organización Panamericana de la Salud ante los procesos de reforma del sector salud,* marzo 1997. OPS/OMS.
4. Serie: *Medicamentos esenciales y tecnología: 2. Armonización de la reglamentación farmacéutica en América Latina,* 1997. HSP/HSE, OPS.

5. *Serie: Organización y gestión de Sistemas y Servicios de Salud. 1. La descentralización, los sistemas de salud y los procesos de reforma del sector. Informe final: Valdivia, Chile 17-20 marzo de 1997. HSP, OPS, mayo 1997.*
6. *Las condiciones de salud en las Américas, Edición de 1994. OPS.*
7. *Evaluación de la estrategia de salud para todos en el año 2000. Región de las Américas. Tema 32 del Programa Provisional, XXXI Consejo Directivo. OPS, septiembre-octubre 1985.*
8. *Evaluación de la estrategia de salud para todos en el año 2000. Región de las Américas. Tema 5.7 del programa provisional, XLIII Consejo Directivo. OPS, septiembre 1991.*
9. *Pharmaceuticals Policies and Programs in Latin America. HSP/HSO. OPS, 1996.*
10. *Informe anual del Director, 1995. En busca de la equidad. Washington, DC. 1996.*
11. *Situación de salud en las Américas. Indicadores Básicos 1996. (OPS/HDP/HDA/196.02).*

Sección 6. Servicios de salud

6.1 *Educación sanitaria y promoción de la salud*

En la Carta de Ottawa (1986), la Declaración de Santa Fe de Bogotá (1992), la Carta del Caribe (1993) y la resolución CD37.R14 del Consejo Directivo (1993) se recomienda fortalecer la promoción de la salud. En la resolución también se pone de relieve la necesidad de promover “ciudades sanas”.

Uno de los pasos que han dado los países a fin de cumplir su compromiso de llevar a cabo programas de promoción de la salud ha consistido en la creación o el fortalecimiento de unidades de educación sanitaria y promoción de la salud en el ministerio de salud. La mejora de la coordinación intersectorial ha llevado a la incorporación de la educación sanitaria y la promoción de la salud en los programas de estudios y de alfabetización. Sin embargo, otros países informaron que todavía necesitan mejorar la coordinación interinstitucional e intersectorial.

En algunos países, el personal de promoción de la salud y educación sanitaria está descentralizado a nivel local a fin de propiciar la participación de las bases en los municipios y localidades, observándose resultados positivos en los conocimientos, las actitudes y las prácticas. Sin embargo, la falta de recursos financieros y de personal capacitado, especialmente a nivel local, ha constituido un obstáculo para la plena aplicación de esta estrategia.

6.2 *Salud maternoinfantil y planificación familiar*

Desde la Segunda Evaluación, varios países han reformulado sus programas de salud maternoinfantil, convirtiéndolos en programas de salud reproductiva o en programas integrados de salud de la mujer. En varios países se han creado comités o planes de acción para reducir la mortalidad materna. Se está prestando más atención a la salud del adolescente, especialmente en el campo de la educación sexual, a fin de prevenir las enfermedades de transmisión sexual y el embarazo en la adolescencia.

De los 20 países de los cuales se dispone de datos de la segunda y tercera evaluación (cuadro 10), en 16 las mujeres atendidas por personal competente durante el embarazo llegaron al 100% o eran más que en la evaluación anterior. El progreso en cuanto al aumento del porcentaje de los partos asistidos por personal competente no ha sido tan grande (17 de 25), pero nueve países tenían una cobertura del 98% o mayor en ambos períodos. Muchos países no pueden proporcionar información sobre el porcentaje de lactantes atendidos por personal capacitado. En 11 de los 16 países que

informaron sobre el porcentaje de mujeres en edad de procrear que usan métodos de planificación familiar se observó una mayor difusión de esta práctica.

La falta de recursos, especialmente humanos, es un obstáculo para la mejora de los servicios de salud materno-infantil. Algunos países señalaron también la necesidad de mejorar no solo la coordinación interinstitucional e intersectorial, sino también de fortalecer la integración en el departamento de salud materno-infantil del ministerio.

6.3 Inmunización

Como se observa en el cuadro 11, la cobertura de vacunación de los niños menores de 1 año mejoró entre 1989 y 1995. Once países informaron sobre el porcentaje de menores de 1 año que han recibido todas las vacunas: Barbados (1996, 93%), Costa Rica (1996, 84%), República Dominicana (1994/95, más del 80%), Granada (1995, 77%), Guyana (1995, 83%), Honduras (1996, 91%), México (1995, 95,6%), Monserrat (1995, 100%), Saint Kitts y Nevis (1995, 99%), Santa Lucía (1995, más del 90%) y Uruguay (1996, 90%). El resumen de la situación de los indicadores que figura en la sección 8 muestra la medida en que los países han alcanzado la meta de una cobertura del 100%.

El último caso de poliomielitis en la Región se notificó en agosto de 1991 en Perú. Como la poliomielitis todavía subsiste en otras regiones del mundo, es indispensable continuar la vigilancia intensiva de la parálisis flácida aguda. Algunos de los indicadores de la vigilancia de la poliomielitis han presentado un deterioro en algunos países.

Uno de los indicadores que se piden en el marco común es el porcentaje de mujeres que han sido vacunadas con toxoide tetánico durante el embarazo. Este indicador no tiene en cuenta las mujeres embarazadas que están debidamente vacunadas, y pocos países informaron al respecto. La estrategia recomendada por la OPS para alcanzar la meta de un caso de tétanos neonatal como máximo por 1.000 nacidos vivos es la vacunación de las mujeres en edad de procrear con dos dosis como mínimo de una vacuna con toxoide tetánico en las zonas de riesgo y la investigación adecuada de casos a fin de que la institución pueda tomar medidas correctivas. Para 1994, 98% de todos los distritos de los países donde la incidencia es alta notificaron cero casos de tétanos neonatal o una tasa inferior a un caso por 1.000 nacidos vivos.

Como resultado de las campañas de vacunación masiva que se iniciaron en 1992 en los países más densamente poblados de la Región, los casos notificados de sarampión bajaron de 100.741 a 6.489. En muchos países de la Región no se han producido casos de sarampión durante dos o más años.

En cuatro países, la vacuna contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola está incluida en el plan básico de vacunación. En tres se administra la vacuna contra la hepatitis B al personal de salud de alto riesgo y en uno se ha comenzado a administrarla a los recién nacidos. Tres países señalaron que vacunan a los ancianos contra la influenza.

Los principales obstáculos señalados son las dificultades del acceso geográfico, barreras culturales y limitaciones financieras y administrativas para la adquisición de vacunas.

6.4 *Prevención y control de las enfermedades endémicas locales (véase la sección 7)*

Las tasas de morbilidad por malaria han aumentado en la Región: la tasa registrada en 1995 para la población de las Américas en conjunto fue de 165,6 por 100.000 y 515,3 por 100.000 para la población de zonas con riesgo ecológico de transmisión de malaria. Ha aumentado la eficiencia del diagnóstico como consecuencia de la concentración de la vigilancia en las zonas de máximo riesgo. En los últimos años se ha observado una integración de la detección de casos, el diagnóstico y el tratamiento inmediato en los servicios locales de salud y una mejora continua de la disponibilidad de tratamiento por caso diagnosticado. Los países continuaron las actividades de control de vectores, pero los programas se enfrentan con una drástica reducción de fondos (1).

El dengue y el dengue hemorrágico han aumentado enormemente en la Región durante los últimos años. Se ha establecido una red regional de 49 laboratorios de dengue y se ha ofrecido capacitación en el diagnóstico clínico y el manejo de casos (2). Varios países señalan que han logrado impulsar a las comunidades para que eliminen los criaderos de mosquitos.

La tuberculosis sigue siendo una importante amenaza para la salud pública en la Región. Cada año se producen unos 400.000 casos y de 60.000 a 75.000 muertes. La Asamblea Mundial de la Salud ha establecido dos metas para el control de la tuberculosis de aquí al año 2000: curación del 85% de todos los casos pulmonares detectados con baciloscopia positiva (infecciosos) y detección del 70% de los casos nuevos con baciloscopia positiva. La estrategia mundial para el control de la tuberculosis se basa en el tratamiento acortado directamente observado (DOTS). En algunos países de la Región se detectan más del 70% de los casos nuevos con baciloscopia positiva, y en algunos se ha superado la meta para la curación (3).

Se calcula que en las Américas hay entre 500.000 y 600.000 personas con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), y los hombres, mujeres y niños infectados por el VIH probablemente lleguen a unos dos millones y medio (4). Los países están llevando a cabo una labor de programas de educación para evitar la propagación de la infección por el VIH y someter la sangre a pruebas antes de las transfusiones. Aunque la mayoría de los países de la Región no disponen de recursos para tratar con AZT a todos los pacientes VIH-positivos, en varios se administra este medicamento a embarazadas VIH-positivas para evitar la transmisión prenatal y perinatal.

Cuando se realizó la Segunda Evaluación, hacía 90 años que no se veían casos de cólera en las Américas. En enero de 1991 se inició una epidemia en Perú, que se propagó por América Central y del Sur, afectando a todos los países menos Uruguay. Como no se notifican todos los casos de cólera y las definiciones de casos varían de un país a otro, las cifras relativas a la vigilancia representan solo una fracción de las personas infectadas. De 1991 a 1995, los países de América Latina notificaron más de un millón de casos de cólera, con más de 11.000 muertes. En 1995 disminuyó el total de casos de cólera notificados, continuando la tendencia observada anualmente desde 1991. La tasa general de letalidad del cólera en América Latina se ha mantenido en el 1% o menos desde 1991. Estos datos indican que el manejo de los casos de cólera sigue siendo eficaz en la mayoría de los países latinoamericanos. A pesar de las medidas de prevención y control que se han tomado, es probable que el cólera persista en muchos países en forma de temporadas endémicas, a menos que se logren y se mantengan grandes mejoras en la distribución de agua, el tratamiento de aguas servidas, la educación sanitaria y la inocuidad de los alimentos (5).

La leishmaniasis, la enfermedad de Chagas, la rabia y la lepra son otras de las enfermedades endémicas notificadas en la Región.

6.5 *Tratamiento de enfermedades y traumatismos comunes*

La diarrea y las infecciones respiratorias agudas son las enfermedades más comunes de los niños menores de 5 años. En varios países se han adoptado protocolos para el manejo de casos de ambas enfermedades y en algunos se ha notificado una disminución de la incidencia. Algunos países señalaron que están adoptando la estrategia de atención integrada de los menores de 5 años.

En los países donde la población está envejeciendo, las enfermedades crónicas no transmisibles son causas importantes de morbilidad. En los adultos, la diabetes mellitus y la hipertensión son las enfermedades que mencionan con mayor frecuencia. Algunos países han adoptado protocolos para el tratamiento y han abierto consultorios

especiales para pacientes con estos dos problemas. El cáncer del cuello del útero es el tipo de cáncer que afecta con más frecuencia a las mujeres de América Latina y el Caribe. Varios países, especialmente del Caribe, están poniendo en marcha programas de control del cáncer cervicouterino a fin de promover la detección y el tratamiento tempranos de esta enfermedad.

Un país mencionó el ahogamiento como accidente frecuente y señaló la necesidad de enseñar técnicas de reanimación a fin de disminuir el número de muertes. Aunque fue el único traumatismo mencionado específicamente, varios países expresaron preocupación por la violencia (y el comportamiento agresivo que lleva a la violencia) y sus consecuencias en forma de actos de agresión personal y homicidios, violencia familiar y accidentes de tránsito.

6.6 Conclusiones

En el intervalo transcurrido desde la Segunda Evaluación se destacó en varias reuniones subregionales la necesidad de fortalecer la promoción de la salud, y varios países han tomado medidas para crear o fortalecer unidades de promoción de la salud y educación sanitaria en el ministerio de salud.

Los países asignan alta prioridad a la atención de las mujeres y de los niños menores de 5 años. Se ha progresado en la mejora de la cobertura, pero la falta de acceso por razones físicas o culturales sigue siendo motivo de preocupación en algunos países. Se observa una tendencia creciente a proporcionar atención integrada a ciertos grupos de la población.

Las tasas de vacunación son altas en la Región. El último caso de poliomielitis de la Región se produjo en 1991. Se ha progresado mucho en la eliminación del sarampión y el tétanos neonatal. El peligro actual es que este éxito lleve a confiarse demasiado y a asignar una menor prioridad al programa de vacunación.

La falta de recursos financieros y de otros tipos constituye un obstáculo para la ampliación e incluso para el mantenimiento de los programas de salud. En varios países se espera que la descentralización y el aumento de la participación comunitaria en las bases proporcionen los fondos necesarios para continuar las actividades, pero como señaló un país, es necesario negociar para conseguir recursos frente a tantas necesidades que compiten entre sí, y muchos integrantes del personal de salud no tienen la habilidad necesaria para hacerlo.

Referencias

1. Pan American Health Organization. *Status of Malaria in the Americas*. PAHO Document CD39/INF/2. July 1996.
2. Pan American Health Organization. *Aedes aegypti*. PAHO Document CD39/16. July 1996.
3. Pan American Health Organization. *Tuberculosis in the Americas*. Document CD39/20 July 1996.
4. Pan American Health Organization. *Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) in the Americas*. PAHO Document CD39/17 July 1996.
5. Pan American Health Organization. *The Search for Equity: Annual Report of the Director, 1995*. Washington, DC: PAHO, 1996.
6. Informes de los países para la Tercera evaluación de salud para todos en el año 2000, 1997.

Sección 7. Tendencias de la situación de salud

7.1 *Esperanza de vida*

En el período comprendido entre la segunda y la tercera evaluaciones, todos los países, con la excepción de Haití, alcanzaron 60 o más años de esperanza de vida al nacer (EVN). De 48 países y otras unidades políticas con estimaciones disponibles, 35 han alcanzado la meta regional establecida de 70 años, y hay un bloque de países que están próximos a ella y que, de seguir con la misma progresión, podrían alcanzarla al finalizar el siglo. La disminución paulatina de la mortalidad infantil y el cambio del patrón epidemiológico justifica el aumento generalizado en la EVN. Al analizar este indicador según el sexo, la diferencia tiende a aumentar en las tres subregiones en favor de las mujeres: 5,7 años en América Latina, 5,2 en el Caribe y 6,6 en América del Norte (cuadro 12).

7.2 *Mortalidad*

La estimación de la tasa de mortalidad infantil para el período se sitúa en 47 por 1.000 nacidos vivos, lo que supone un descenso de ocho puntos respecto al período anterior. A pesar de este descenso sostenido, persisten grandes diferencias entre los países de la Región así como entre determinados grupos humanos dentro de cada país. Así, Costa Rica, Cuba y Chile, por ejemplo, tienen tasas cercanas a las de los países desarrollados, mientras que Haití y Bolivia tienen tasas superiores a 65 x 1000 nacidos vivos. De los 33 países revisados para este informe, aproximadamente un tercio no tendrán posibilidad de alcanzar la meta para el año 2000 (menos de 30 defunciones en menores de 1 año por cada 1.000 nacidos vivos).

La reducción de la mortalidad materna en un 50% es una de las metas de SPT/2000. De los 28 países con información disponible que permite comparar los datos de la Tercera Evaluación con la de 1980, 14 países experimentaron una reducción en su tasa de mortalidad materna y en 14 la tasa aumentó. Entre la segunda y tercera evaluaciones, de los 32 países con información, la tasa de mortalidad materna aumentó en 20 países y disminuyó en 12 (cuadro 5). Estos aumentos reflejan el trabajo de los comités de mortalidad materna, la vigilancia de las muertes maternas y los esfuerzos por mejorar la certificación de estas. Cabe recordar que en los países con poca población, una sola muerte materna puede modificar la tasa de manera significativa.

El descenso en la mortalidad por enfermedades diarreicas en menores de 5 años que se venía observando desde los años sesenta se sigue manteniendo. Aun así, continúa siendo un importante problema de salud en un gran número de países de la Región. La epidemia de cólera que afectó a gran parte de la Región tuvo un efecto

paradójico, ya que la gran movilización de recursos y difusión de medidas preventivas generadas logró disminuir la morbimortalidad por otros procesos diarreicos. No obstante, algunos países centroamericanos notifican aumentos de mortalidad por enfermedades diarreicas desde la última evaluación.

La mortalidad por infecciones respiratorias agudas (IRA) presenta una evolución variable entre los países. Entre 1985 y 1994 algunos han reducido hasta un 50% sus tasas de mortalidad, mientras que otros, como Nicaragua y Belice, las han incrementado por encima de ese porcentaje. En Haití, uno de cada cuatro muertes en menores de 5 años se debe a una IRA. La brecha entre los países desarrollados de la Región y los que están en vías de desarrollo es especialmente marcada en lo referente a la mortalidad por este grupo de enfermedades y las tendencias apuntan a un incremento de las diferencias. Dos factores pudieran incidir y explicar esta situación: las dificultades de acceso a los servicios de salud y la inadecuada calidad de la atención en muchos de ellos.

La mortalidad por malaria se mantiene en cotas bajas, siguiendo la tendencia a la disminución de los últimos años, al igual que las defunciones por sarampión, que descendieron drásticamente debido a la baja incidencia de esta enfermedad en la actualidad.

En 1995, murieron entre 60.000 y 75.000 personas por tuberculosis en la Región, manteniéndose importantes diferencias entre países. Algunos, como Ecuador, superaron las 10 defunciones por 100.000 habitantes. No hay una tendencia clara en la mortalidad por esta enfermedad en la Región.

La transición epidemiológica se caracteriza por un progresivo aumento del peso de las enfermedades crónicas. Así, el predominio y la tendencia creciente de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares es general en toda la Región. Una excepción la constituyen los países más desarrollados, como Canadá, donde ya se observa un ligero descenso de las causas predominantes, especialmente cardiovasculares. El control de la hipertensión y la disminución del consumo de grasas y del tabaquismo explican este cambio de tendencia. La fuerte variabilidad entre las tasas presentadas por los países se debe a deficiencias en los sistemas de registro de mortalidad. El cáncer se consolida como el segundo gran grupo de causas de defunción en la Región. El aumento en la esperanza de vida hace previsible que la mortalidad por cáncer siga una tendencia similar.

En la mayoría de los países la mortalidad por accidentes de tránsito aumenta paralelamente con el incremento del parque automovilístico, que muchas veces no se acompaña de mejoras en las redes viales ni de legislación apropiada. Canadá constituye

una excepción, ya que medidas legislativas y de educación sanitaria han reducido desde la Segunda Evaluación la mortalidad por esta causa (cuadro 13).

7.3 *Morbilidad*

El 32% de la población de las Américas vive en zonas con condiciones ecológicas propicias para la transmisión de la malaria. En los últimos años la estratificación epidemiológica de la malaria se vio acompañada por la incorporación de la detección de casos, el diagnóstico y el tratamiento en los servicios de salud locales. La eficiencia de diagnóstico de estos fue del 16,9% en más de 3 millones de láminas examinadas, mientras que la vigilancia activa sigue teniendo una eficiencia de diagnóstico baja (menos del 3%) y unos costos operativos altos. En los 21 países con programas activos de malaria se diagnosticaron en 1995 1.302.791 láminas positivas frente a las 1.230.671 de 1991, si bien, basándose en consumo de fármacos, se estima que los casos reales deben oscilar entre 4,5 y 9,3 millones cada año. De hecho los países del Área Andina y Centroamérica observan aumento de casos a lo largo del período de evaluación.

La generalización de la poliquimioterapia para el tratamiento de los pacientes con lepra ha supuesto una drástica reducción del problema en la Región. Al final del quinquenio la mayoría de los países presentan tasas por debajo del 1 por cada 10.000 habitantes y, por tanto, la han eliminado como problema de salud pública, aunque en algunos persistan grupos de población que superan la citada prevalencia.

La tuberculosis pulmonar es una enfermedad reemergente en la Región, tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados. Factores como la crisis económica que afecta especialmente a los grupos sociales menos favorecidos, los flujos migratorios, la asociación con el SIDA y los problemas para tratar correctamente a los pacientes diagnosticados, con la consecuencia de la aparición de cepas farmacorreistentes, han ocasionado una desaceleración en la disminución de la incidencia cuando no un aumento del número de casos.

La introducción masiva, a través de los programas de vacunación, de la inmunización frente al sarampión ha hecho descender drásticamente las tasas de incidencia y de mortalidad. Así, los países del Caribe de habla inglesa entre 1993 y 1994 no habían confirmado ningún caso de esta enfermedad. La meta de eliminación en esta década parece posible si se los esfuerzos se centran en mejorar las coberturas de vacunación y el sistema de vigilancia de algunos países. El tétanos neonatal está descendiendo en aquellos países que todavía notifican casos. El último caso de poliomielitis confirmado en la Región fue dado a conocer en 1991.

Hay escasos datos sobre prevalencia de anemia en mujeres y en niños menores de 5 años y sobre hipovitaminosis A. Algunas encuestas realizadas en Costa Rica y Guatemala ilustran la variabilidad de la prevalencia de estos trastornos nutricionales, que continúan siendo un grave problema de salud pública.

La tasa de incidencia de SIDA en Latina América en 1995, por millón de habitantes, fue de 58,5, en el Caribe 247,1 y en América del Norte 215,4. Las modalidades de transmisión del VIH en las subregiones son homosexual/bisexual (Área Andina, Brasil, Cono Sur y México) y heterosexual (Istmo Centroamericano y el Caribe). La transmisión atribuida al consumo de drogas inyectables es frecuente en el Cono Sur y Brasil, con un 29,1% y un 26%, respectivamente. El número de casos nuevos de SIDA diagnosticados desde la Segunda Evaluación aumentó ligeramente en América Latina y disminuyó en América del Norte. Especialmente preocupante es la situación de Haití, con una prevalencia de portadores de VIH del 10% en el medio urbano y cercano al 5% en el rural. La vigilancia epidemiológica, la educación sanitaria y el acceso de la población a medios de prevención deben ser los ejes prioritarios de actuación.

El dengue sigue siendo endémico en gran parte de la Región. Hacia el final del período de evaluación se declararon fuertes brotes epidémicos en Brasil, Venezuela, Centroamérica y el Caribe. En 1990 eran nueve los países que diagnosticaban casos, mientras que en 1995 lo hacían 25. En los años setenta se notificaron 10 casos de dengue hemorrágico, en los ochenta el número de afectados ascendió a 13.235 y en el período 1990-96 ya se habían contabilizado 28.434 casos. El aumento de densidad del vector, la circulación de varios serotipos, la urbanización, las migraciones y la ineficacia de los programas están en el origen de la situación. Dado que la letalidad del dengue hemorrágico no es despreciable (1,4%), es necesario tomar medidas encaminadas al control del vector y la educación de la población (cuadro 14).

7.4 *Discapacidad*

Es escasa la información que permite valorar la situación real de las discapacidades en la Región, si bien los problemas económicos y el lógico aumento de este problema como consecuencia de la transición epidemiológica hacen pensar que estamos ante uno de los principales retos para los próximos años. Así lo han entendido muchos países y prueba de esa preocupación es la proliferación de leyes y organismos dedicados a abordar el problema de la discapacidad. En estos cinco años, Bolivia, Ecuador, El Salvador, Jamaica, Paraguay, Santa Lucía, Uruguay y Venezuela, de entre los países analizados, han desarrollado normas e instituciones con este objetivo. Deben crearse o fortalecerse sistemas de información y políticas de integración y atención de

los discapacitados, al tiempo que se debe actuar decididamente en el campo de la prevención.

7.5 Conclusiones

El aumento sostenido de la esperanza de vida al nacer, ligado a la disminución de la mortalidad infantil y por enfermedades transmisibles, hace aumentar la importancia de las enfermedades crónicas y las discapacidades. No obstante, y a pesar de los logros conseguidos en el terreno de las enfermedades inmunoprevenibles, enfermedades como la tuberculosis, el dengue o la malaria, siguen manteniendo o incrementando su peso en la Región. Aunque en algunos indicadores se han acortado, todavía persisten grandes brechas entre los países y entre comunidades o grupos sociales dentro de cada uno de ellos, lo que debe considerarse a la hora de establecer políticas que permitan acercarse o alcanzar los objetivos de la meta.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. *Las condiciones de salud en las Américas*. Washington, DC.: OPS; 1994. Vol 2. (Publicación Científica; 549).
2. Organización Panamericana de la Salud. *Estadísticas de salud de las Américas, edición de 1995*. Washington, DC.: OPS, 1995. (Publicación Científica; 556).
3. Organización Panamericana de la Salud. *Tuberculosis en las Américas*. Washington, DC.: OPS; 1996, XXXIX Reunión del Consejo Directivo.
4. Organización Panamericana de la Salud. Situación de la malaria en las Américas. *Boletín Epidemiológico OPS*, Vol. 17, No. 4 (1996).
5. Organización Panamericana de la Salud. Dengue en las Américas. *Boletín Epidemiológico OPS*, Vol. 14, No. 4 (1993).
6. Organización Panamericana de la Salud. Infecciones respiratorias agudas en las Américas. *Boletín Epidemiológico OPS*, Vol. 16, No. 4 (1995).
7. Organización Panamericana de la Salud. Salud para Todos. Segunda evaluación en las Américas. *Boletín Epidemiológico/OPS*, Vol. 13, No. 3 (1992).

8. Organización Panamericana de la Salud. *Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos 1995*. OPS/HDP/HDA/95.03
9. Organización Panamericana de la Salud. *Vigilancia del SIDA en las Américas. Informe trimestral. 10 de junio de 1997*. Programa Regional de SIDA/ETS. División de Prevención y Control de Enfermedades. OPS/HCA/97.006
10. Organización Panamericana de la Salud. *Salud para todos y atención primaria de la salud en la Región de las Américas*. Informe de vigilancia de las estrategias, 1994. OPS/HDP/HDA/95.01.
11. Informes de país para la Tercera Evaluación de la estrategia de salud para todos en el año 2000, 1997.

Sección 8. Perspectivas para el futuro

Los Cuerpos Directivos de la OPS, después de una reflexión sobre la renovación de la meta de salud para todos y la estrategia de atención primaria de salud a la luz de los cambios mundiales que afectan la salud de las poblaciones y los sistemas de servicios de salud, revisaron el documento *Renovación de salud para todos* y reafirmaron la relevancia del mismo. Lo que figura a continuación son extractos de dicho documento.

8.1 Evaluación general y asuntos estratégicos

Los países de la Región se comprometieron con el logro de la meta salud para todos (SPT) durante la Asamblea Mundial de la Salud en 1977, y se subscribieron a la misma durante la histórica reunión de Alma-Ata en 1978. La estrategia de atención primaria de salud (APS) se interpretó como vehículo para lograr la +SPT, y cada país tradujo estos acuerdos según sus condiciones socioeconómicas y sanitarias, con algunas metas comunes mínimas debajo de las cuales no debería estar ningún país. En las Américas, el establecimiento de SPT/2000 y la aplicación de la estrategia de APS se consignaron en la estrategia regional de SPT/2000 en 1980 y el plan de acción en 1981. Esto facilitó el establecimiento de metas, prioridades operacionales y líneas de base contra las cuales se podría medir posteriormente el avance de la estrategia.

El análisis del avance de las principales estrategias dirigidas al logro de la meta muestra que el desarrollo de políticas y estrategias nacionales no incluyó la participación de otros sectores y actores; la definición y organización de prioridades se realizó en torno a intereses muchas veces opuestos al logro de la SPT y la aplicación de la APS. Por otra parte, la organización de los sistemas nacionales no se basó en la atención primaria, mientras que la gestión de los servicios sufrió en gran parte por el estancamiento de los procesos de recolección, análisis y utilización de información para la definición de prioridades, planes y políticas. La participación, aunque amplió sus espacios, fue a veces utilitaria o se diluyó al finalizar proyectos específicos. La equidad se mantuvo como valor en los problemas de salud, pero no se tradujo en una mejor distribución de recursos, mientras que el hospital siguió siendo el centro del sistema de servicios de salud.

Entre los problemas principales con la aplicación de APS, se destaca la falta de recursos generada por la crisis de los años ochenta, que obligó a los países a adoptar programas económicos de ajuste y austeridad fiscal, situación que causó en parte el progresivo y acelerado deterioro de la infraestructura sanitaria y la disminución de la capacidad operativa de los servicios públicos de salud. Estos elementos, aunados a la poca competitividad del sector de la salud, afectaron su capacidad para responder en un

contexto donde los procesos de descentralización carecieron de capacidad gerencial suficiente como para sostener los cambios a nivel local. Otros obstáculos se relacionaron con el débil compromiso político en los niveles decisorios debido a la frecuente rotación de las autoridades ministeriales, falta de insumos y supervisión, negligencia sobre aspectos socioculturales de la salud, poca información a la comunidad, frágil desarrollo de capacidad técnica, limitado apoyo de la profesión médica y oposición de algunos sectores. La movilización de recursos para la SPT fue también afectada por lentos procesos de negociación interna y de definición de prioridades nacionales, poco conocimiento de la oferta de cooperación y de los procesos de movilización de recursos, y escasa experiencia nacional para el diseño y la gestión de proyectos. Por otra parte, la amplitud de la expresión de la meta y la estrategia dio lugar a una variedad de interpretaciones en la que no se consideraron adecuadamente su sustentabilidad ni su factibilidad financiera.

Este período se caracterizó por el fortalecimiento de formas democráticas de gobierno, situación que abrió espacios para la participación de sectores de la sociedad civil en el quehacer nacional. El sector no gubernamental asumió un rol creciente en la aplicación de la estrategia de APS, con recursos a veces significativamente mayores que los manejados por los gobiernos nacionales. A mediados de la década pasada, los países de la Región fomentaron los procesos de descentralización y el desarrollo de los sistemas locales de salud. En la misma época, la estrategia de promoción de la salud incorpora una atención más centrada en la acción social y el desarrollo con equidad, dirigidos a la formulación y ejecución de políticas saludables para los individuos y el ambiente, fortalecimiento de las alianzas y las redes de apoyo social aumentando el control de la gente sobre su propio destino.

La mejoría en las tasas de morbimortalidad en su totalidad y el incremento de la esperanza de vida no fueron exclusivamente el resultado de la aplicación de la APS y la SPT, sino primordialmente de la voluntad política de muchos gobiernos para avanzar en este sentido. Estos enfoques fueron, sin embargo, esenciales en el logro de algunos avances en el estado de salud, cobertura, organización y gestión de servicios, mejoramiento de sistemas de vigilancia y la difusión de un concepto más integral de la salud. Se ha eliminado la poliomielitis y se ha reducido la incidencia de otras enfermedades prevenibles por vacunación, se han aumentado los años de vida y en muchos casos los indicadores convencionales han mejorado a pesar de la disminución de los recursos nacionales asignados. Sin embargo, la concepción de la APS, tanto en su forma integral como en la focalizada, no se ha internalizado ni operacionalizado en forma completa en los sistemas de servicios de salud.

Esto se puede apreciar en los indicadores que resumen la experiencia regional y que figuran al final de esta sección. Si bien el esquema de la tercera evaluación incluye

72 indicadores, solo los 25 que representan indicadores de compromiso mundial con la meta de SPT han sido incluidos en este resumen. Otros de los indicadores se encuentran en los cuadros del anexo. Es importante interpretar estos indicadores con cautela, ya que la información proporcionada por los países no siempre se basa en las mismas definiciones. Por ejemplo, algunos países, a veces sin mencionarlo explícitamente, consideraron lactante al niño o niña menor de 1 año, otros tomaron en cuenta a los menores de 5 años y algunos más consideraron únicamente a los recién nacidos. Los indicadores reflejan los logros y también las áreas que deberían mejorarse, entre estas la calidad de la información.

8.2 *Visión del futuro*

La visión de SPT representa un estado futuro deseado y al cual nos acercaremos mediante la renovación del compromiso con la meta, la aplicación de estrategias adecuadas y la ejecución de acciones concretas. Esta visión podría resumirse como un entendimiento compartido de la salud donde las energías del continente responden éticamente a los desafíos que representa el logro de un desarrollo humano sostenible con dignidad y equidad en el futuro de las Américas. Esta visión se apoya en un sistema de valores cuyos ejes orientadores son la equidad, la solidaridad y la sostenibilidad.

8.2.1 *Objetivos*

Los objetivos expresados a continuación son de carácter general y variarán en importancia según las realidades nacionales y su ubicación en la agenda política nacional:

- asegurar el acceso a la educación e información en salud, medicamentos esenciales, nutrición, agua y saneamiento, así como a los servicios de salud costo-efectivos y de calidad a toda la población;
- reducir el impacto negativo de las condiciones socioeconómicas, políticas y ecológicas sobre la salud de los grupos más vulnerables;
- buscar el desarrollo de poblaciones física, psicológica y socialmente saludables, libres de violencia, y hacerlo con dignidad, respetando su diversidad cultural y teniendo en cuenta aspectos de género en la planificación de intervenciones;
- erradicar, eliminar, reducir y controlar las principales enfermedades, daños y condiciones que afectan adversamente la salud, en particular aquellas enfermedades emergentes o que han reaparecido;

- promover y facilitar el acceso de todos a ambientes y condiciones de vida saludables mediante la promoción de modos de vida sanos, la reorganización de servicios de salud y del medio ambiente y mecanismos reguladores;
- asegurar la disponibilidad del conocimiento y tecnología necesarios para su aplicación en los procesos de reparación y lograr ganancias en salud.

8.2.2 *Orientaciones de política*

Se presentan en forma sintética las siguientes orientaciones de política en los procesos nacionales dirigidos al logro de SPT:

- La efectiva participación social y el desarrollo de destrezas dirigidas a aumentar las opciones disponibles a los individuos, así como su control sobre ellas, es la esencia de la meta de SPT.
- Es necesario llevar a su justa dimensión la práctica orientada al individuo, la enfermedad y la curación, promovida pero no alanzada por la estrategia de APS.
- Intensificación de las relaciones entre salud de la población, el ambiente y el desarrollo humano sostenible.
- La vinculación y colaboración estrecha entre actores y sectores que tienen interés o influencia en el logro de la SPT (la sociedad en general a través de las organizaciones comunitarias, los niveles de decisión política, las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, el sector privado, incluyendo la industria farmacéutica y tecnológica, las compañías aseguradoras, entre otros) son componentes esenciales. Se debe fortalecer la capacidad de estos para participar activamente en la abogacía, promoción y protección de la salud.
- La renovación de la SPT supone la armonización de las políticas sociales, entre ellas las de salud, con aquellas referidas a la promoción del desarrollo socioeconómico, específicamente con las políticas macroeconómicas y, entre estas, particularmente las de ajuste fiscal y de reducción del déficit público.
- Los mecanismos de cooperación global entre países y/o regiones, aún reconociendo las diferencias entre estos, deberán tender a favorecer la expresión y atención de necesidades locales en el desarrollo sanitario.

- Se requiere identificar, agregar y hacer accesibles las variadas capacidades y recursos de orden moral, político, científico, cultural, económico y organizacional que existen en las diferentes sociedades, en pro del desarrollo de la salud.
- La capacidad de las comunidades y de los niveles descentralizados de salud (estados, municipios, cantones, departamentos) debe mantener o alcanzar una alta calidad de servicio, maximizando la utilización de los recursos existentes.
- El liderazgo hace posible que las instituciones y el sector logren éxito en el futuro al reunir y expresar un conjunto de valores, una misión y una visión de adónde se quiere llegar.

8.3 *Estrategias propuestas*

Las orientaciones estratégicas y programáticas de la OPS para el período 1995-1998 se refieren a: promoción y protección de la salud, prevención y control de enfermedades, promoción y protección del medio ambiente, salud en el desarrollo humano, y desarrollo de sistemas y servicios de salud. Las mismas representan un punto de partida en los procesos dirigidos a redimensionar o identificar nuevas estrategias de acción dirigidas a la renovación de la meta de salud para todos en las Américas.

Al aproximarse al nuevo milenio, los Estados Miembros deben renovar su compromiso con la meta de SPT y sus estrategias de salud en el contexto de las tendencias sociales, económicas, políticas, ambientales y tecnológicas que están afectando a la salud de las poblaciones, al ambiente y a los servicios de salud, dándole prioridad a la adopción de políticas para resolver sus problemas de salud de manera sostenida, con miras a mejorar constantemente la calidad de vida de su población.

**RESUMEN DEL ESTADO DE LOS INDICADORES MUNDIALES DE COMPROMISO
CON LA META DE SPT/2000**

Indicadores	No. de países que han alcanzado un porcentaje de la meta de					Comentarios
	100%	80%-89%	50%-79%	50%	ND*	
Salud maternointantil/Planificación de la Familia						
100% de las mujeres embarazadas asistidas por personal calificado durante el embarazo	4	13	8	2	21	50-79 incluye 2 países y <50 un país con solo datos del MS
100% de partos asistidos por personal calificado	8	12	4	4	20	<50 incluye un país con solo datos del MS
100% de mujeres en edad fecunda usan la planificación familiar	--	2	9	15	22	<50 incluye un país con solo datos del MS
100% de lactantes atendidos por personal calificado	2	8	2	2	34	<50 incluye un país con solo datos del MS
Inmunización						
100% de niños <1 año completamente inmunizados según las políticas de inmunización nacionales	1	8	1	-	38	
100% de niños <1 año completamente inmunizados contra difteria, tos ferina, tétanos	5	28	3	1	11	
100% de niños <1 año completamente inmunizados contra poliomielitis	3	31	2	1	11	
100% de niños <1 año completamente inmunizados contra sarampión	4	28	5	-	11	
100% de niños <1 año completamente inmunizados contra tuberculosis	11	15	3	1	18	Algunos países no incluyen BCG en el esquema básico
% de mujeres que han sido inmunizadas con toxoide tetánico durante el embarazo	1	2	2	2		La estrategia de la OPS para la eliminación del tétanos neonatal es la vacunación de las mujeres en las zonas de alto riesgo (ver sección 6)

* La OPS no dispone de datos.

Indicadores	No. de países que han alcanzado un porcentaje de la meta de				Comentarios
	100%	80%-99%	50%-79%	ND*	
Abastecimiento de agua y saneamiento 100% de la población con acceso a agua potable	6	14	13	2	13
100% de la población con servicios de eliminación de excretas	3	12	14	4	15
Esperanza de vida Metas de esperanza de vida: OPS: 70 años OMS: 60 años	No. de países con una esperanza de vida de:				
Esperanza de vida al nacer: 70 años, hombre	20	17	9	2	-
Esperanza de vida al nacer: 70 años, mujer	36	10	1	1	-
Suministro de alimentos y estado de nutrición Meta: Cuando menos 90% de recién nacidos tienen un peso al nacer de 2.500 g como mínimo	No. de países con un porcentaje de peso al nacer < 2500 g de				
10% de recién nacidos con peso al nacer < 2500 g	21	2	1	1	23
Meta: Al menos 90% de los niños tienen peso aceptable para la edad	No. de países con un porcentaje de niños con peso aceptable para la edad/tralla de				
90 % de niños con peso aceptable para la edad	6	6	2	4	30
Mortalidad Metas de mortalidad infantil (por 1.000 nacidos vivos) OPS: 30 OMS: 50	No. de países con una tasa de mortalidad infantil de				
Mortalidad infantil de 30 por 1.000 nacidos vivos o menos	36	1	6	5	-

Indicadores	No. de países con un porcentaje de reducción de la mortalidad materna de					Comentarios
	50%	25%-49%	24%	NC **	ND *	
Mortalidad (-) cont	6	5	16	4	17	No se pudo calcular (NC) significa que no había datos iniciales de 1980; no hubo datos (ND) se refiere a la 3a. evaluación
Mortalidad materna reducida en al menos 50%						
Probabilidad de morir antes del 5o. cumpleaños, hombre						Los países no proporcionaron información sobre este indicador. Ver sección 7
Probabilidad de morir antes del 5o. cumpleaños, mujer						
Tendencias sociales						
Meta: La tasa de alfabetismo de adultos para ambos sexos excede 70%						
Tasa de alfabetismo de adultos, hombres	32	6	6	2	2	
Tasa de alfabetismo de adultos, mujeres	28	7	9	2	2	
Recursos financieros para la salud						
Meta: Al menos 5% del producto nacional bruto se gasta en la salud						
Total del gasto nacional en salud, como % del PNB	6	11	11	2	18	
% del gasto nacional en salud dedicado a la atención de salud local	1	-	6	4	37	Los sistemas de contabilidad en muchos países dificultan cuantificar todo lo que se usa en favor de la atención de salud local

Indicadores	No. de países con un porcentaje de medicamentos esenciales disponible en los establecimientos remotos de				Comentarios
	75%	50%-74%	25%-49%	24% ND *	
Medicamentos esenciales, logística y otros suministros	4	4	-	1	39
% de medicamentos esenciales disponibles en la muestra de establecimientos remotos					
Tendencias económicas	No. de países con un PNB per cápita (US\$) de				
El PNB per cápita excede US\$ 500 *	\$625	\$636- \$7,910	\$7,911 o más	PIB y moneda local	ND *
PNB per cápita	2	19	2	8	17
	No. de países en que la ayuda internacional para la salud representa un porcentaje del gasto total en salud del gobierno de				
	50%	30%-49%	15%-29%	14%	ND *
Cantidad de ayuda internacional para la salud recibida, como % del gasto total en salud del gobierno	1	1	-	6	40

Fuente: Cuadros del anexo; sección 6
 * La OPS no dispone de datos.

Referencias

1. OPS. *Renovación de salud para todos*. Documento CD39/12, julio 1996.
2. OPS. *Plan Regional de acción para la implementación de salud para todos*. Washington DC, 1982. *Estrategia regional de salud para todos en el año 2000*. Washington DC, 1980.
3. Ministerio de Salud y Bienestar del Canadá. Carta de Ottawa par la promoción de la salud. Conferencia Internacional sobre Promoción de Salud, 17-21 noviembre 1986. OPS/Ministerio de Salud de Colombia. Promoción de la salud y equidad. Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Santa Fe de Bogotá, noviembre 1992.

Cuadro 1. Finanzas públicas: Segunda y Tercera Evaluaciones de la Estrategia de Salud para Todos en el Año 2000

País	Gasto del gobierno central (% PNB)		Tasa crec. 90-94	% del gasto total en servicios sociales		Tasa crec. 90-94	Deuda/superávit global como % del PNB			Cambio 90-94
	1980	1990		1980	1990		1980	1990	1994	
Argentina	18,40	15,50	**	28,60	**	**	-2,60	-2,70	-2,70	0,00
Bolivia	**	18,80	26,10	**	38,20	42,00	0,10	-1,90	-3,70	-1,80
Brasil	20,90	36,00	34,80	32,30	32,60	36,70	0,13	-2,50	-16,60	-4,00
Chile	29,10	32,80	21,20	57,60	49,90	64,90	0,30	5,60	-0,20	1,70
Colombia	14,70	15,10	14,80	44,10	**	31,50	**	-1,80	-2,00	-0,60
Costa Rica	27,80	27,10	31,60	62,40	60,20	61,30	0,02	-7,80	-3,30	-5,90
Rep. Dominicana	17,00	15,30	17,70	35,50	45,00	39,80	-0,12	-2,70	0,00	0,00
Ecuador	14,90	15,60	16,80	43,90	31,70	**	**	-1,50	2,00	0,00
El Salvador	14,90	9,90	14,90	34,30	29,50	39,40	0,34	-5,90	-0,10	-0,80
Guatemala	12,50	12,00	9,20	29,80	37,20	29,50	-0,21	-3,50	1,80	-1,20
México	17,40	18,40	17,90	38,90	28,80	28,80	0,00	-3,10	0,80	0,80
Nicaragua	32,30	33,80	42,40	33,20	**	45,50	**	-7,30	**	-5,70
Panamá	32,00	31,80	28,90	39,60	60,50	70,90	0,17	-5,40	-8,20	4,60
Paraguay	9,80	9,30	12,90	33,60	31,80	46,30	0,46	0,30	2,90	1,20
Perú	20,40	10,00	15,80	21,20	21,40	**	**	-2,50	-5,00	3,10
Uruguay	22,70	27,50	37,10	61,10	62,20	73,10	0,18	0,00	0,40	-3,00
Venezuela	18,90	23,10	19,50	32,00	**	**	**	0,00	-1,20	-4,30

Fuente: Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993.

Nota: Los países se han agrupado siguiendo el orden alfabético del idioma inglés.

Cuadro 2. Datos Socioeconómicos: Tercera Evaluación de la Estrategia de Salud Para Todos en el Año 2000 - Región de las Américas

Países y Subregiones	% Alfabetismo (15 y más años) (1992)		PIB per cápita (PPP)(US\$) (1992)	% de población en pobreza (último año disponible 1990-1994)	Tasa de crecimiento PIB (1991-1993)	Deuda externa como % del PIB (1992)
	M	F				
Area Andina						
Bolivia	86	72	680	[71]	10,9	61,2
Colombia	88	86	1.330	36	10,3	36,9
Ecuador	89	85	1.070	[35]	10,0	99,9
Perú	93	80	950	[45]	5,8	92,7
Venezuela	88	91	2.910	[61]*	16,6	61,1
Cono Sur						
Argentina	97	96	6.050	10 (b)	25,4	30,3
Chile	95	94	2.730	29	23,6	48,9
Paraguay	93	89	1.380	41	8,0	24,6
Uruguay	98	97	3.340	7	12,7	46,7
Brasil	84	81	2.770	43	4,6	31,2
Istmo Centroamericano						
Belice	91	91	...	[33]	14,8	...
Costa Rica	93	93	1.960	25	15,7	58,7
El Salvador	80	70	1.170	[58] (c)	13,6	25,5
Guatemala	65	48	980	[75]	12,8	24,2
Honduras	78	73	580	[76]	11,8	92,0
Nicaragua	72	71	340	[75]	-0,3	750,3
Panamá	90	90	2.420	[72] (c)	24,3	107,2
México	91	86	3.470	36	7,2	34,1
Caribe Latino						
Cuba	96	94	...	...	...	...
Haití	61	49	...	[80]	-19,7	...
Puerto Rico	90	89	6.590	...	...	...
Rep. Dominicana	86	83	1.050	[34]	7,7	57,0
Caribe no Latino						
Anguila	95	95	...	...	...	...
Antigua y Barbuda	90	88	...	...	3,3	...
Antillas Neerlandesas	94	93	...	...	...	...
Aruba	...	...	...	...	...	...
Bahamas	90	89	...	...	...	...
Barbados	99	99	...	...	...	...
Dominica	94	94	...	[27]	6,6	...
Grenada	98	98	...	...	3,5	...
Guadalupe	89	90	...	...	...	...
Guayana Francesa	84	82	...	...	...	...
Guyana	99	96	...	...	...	...
Islas Caimán	98	98	...	...	...	...
Islas Turcas y Caicos	99	98	...	...	...	...
Islas Vírgenes (EU)	...	...	...	...	...	...
Islas Vírgenes (RU)	98	99	...	...	...	...
Jamaica	99	99	1.340	[30]	...	131,7

Países y Subregiones	% Alfabetismo (15 y más años) (1992)		PIB per cápita (PPP)(US\$) (1992)	% de población en pobreza (último año disponible 1990-1994)	Tasa de crecimiento PIB (1991-1993)	Deuda externa como % del PIB (1992)
	M	F				
Martinica	92	93	...	...	...	...
Montserrat	97	97	...	...	...	...
St. Kitts y Nevis	98	98	...	...	7,4	...
St. Vincent y Granadinas	96	96	...	...	9,5	...
Santa Lucía	81	82	...	...	8,3	...
Suriname	96	96	...	...	...	...
Trinidad y Tabago	99	98	3.940	23	...	45,7
América del Norte						
Bermuda	98	99	...	...	...	...
Canadá	99(a)	99(a)	20.710	...	...	...
Estados Unidos	99(a)	99(a)	23.240	[13,8]	...	...

[] Información obtenida de los Informes de País para la Tercera Evaluación de la Estrategia de Salud Para Todos en el Año 2000.

(a) Para ambos sexos

(b) Urbano

(c) Rural

* Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)

Cuadro 3. Datos Demográficos: Tercera Evaluación de la Estrategia de Salud Para Todos en el Año 2000.—Región de las Américas

Países y subregiones	Pob. total (1995) (miles)	Pob. < 5 años (1995) (miles)	Pob. 5-14 años (1995) (miles)	Pob. 15-44 años (1995) (miles)	Pob. 45-64 años (1995) (miles)	Pob. 65 años y más (1995) (miles)	Tasa global de fecundidad 1990-1995
Área Andina	100.337	12.178	22.895	48.613	12.428	4.223	3,22
Bolivia	8.074	1.178	2.029	3.593	959	315	4,56
Colombia	35.101	3.875	7.685	17.631	4.345	1.565	2,67
Ecuador	11.822	1.549	2.837	5.596	1.369	471	3,62
Perú	23.854	3.010	5.451	11.384	3.028	981	3,57
Venezuela	21.483	2.566	4.894	10.408	2.728	887	3,12
Cono Sur	56.582	5.765	10.999	25.433	9.625	4.760	2,86
Argentina	34.264	3.272	6.434	15.007	6.264	3.287	2,79
Chile	14.237	1.514	2.824	6.778	2.214	907	2,66
Paraguay	4.893	716	1.224	2.268	509	176	4,34
Uruguay	3.186	262	515	1.379	639	391	2,33
Brasil	161.384	16.894	34.993	78.750	22.401	8.346	2,75
Istmo Centroamericano	32.871	5.101	8.647	14.455	3.429	1.239	4,52
Belice	209	...	...	...	...	...	4,53
Costa Rica	3.424	420	778	1.636	430	160	3,14
El Salvador	5.768	857	1.489	2.553	631	238	4,04
Guatemala	10.621	1.788	2.920	4.495	1.049	369	5,36
Honduras	5.968	960	1.620	2.617	573	202	4,94
Nicaragua	4.433	769	1.267	1.863	396	138	5,04
Panamá	2.659	309	573	1.292	350	135	2,87
Mexico	93.669	11.912	21.829	45.206	10.952	3.771	3,16
Caribe Latino	29.874	3.335	5.967	14.157	4.511	1.904	2,93
Cuba	11.091	930	1.645	5.431	2.091	992	1,87
Haití	7.180	1.083	1.806	3.177	833	281	4,79
Puerto Rico	3.691	326	644	1.742	654	325	2,16
Rep. Dominicana	7.915	997	1.873	3.804	935	304	3,34
Caribe no Latino	6.479	673	1.312	3.239	846	409	2,47
Anguila	8(a)	1,9	1	4	1	1	3,11
Antigua y Barbuda	59(b)	...	...	...	...	...	1,71
Antillas Neerlandesas	176	...	...	...	...	...	1,94
Aruba	62	...	...	...	...	...	1,74
Bahamas	277	25	50	147	40	15	2,01
Barbados	261	20	41	130	39	31	1,80
Dominica	71	...	...	...	...	...	2,55
Grenada	94(b)	12	24	39	11	8	4,59
Guadalupe	414	38	68	204	69	35	2,16
Guayana Francesa	114	...	...	...	...	...	3,68
Guyana	834(c)	94	175	436	96	33	2,55
Islas Caimán	33	...	...	...	...	...	1,45
Islas Turcas y Caicos	12(c)	...	2	8	0,7	0,5	3,85
Islas Vírgenes (EU)	108	...	...	...	...	...	2,77
Islas Vírgenes (RU)	16(b)	1	3	9	2	1	2,16
Jamaica	2.547	266	522	1.295	300	164	2,38

Países y subregiones	Pob. total (1995) (miles)	Pob. < 5 años (1995) (miles)	Pob. 5-14 años (1995) (miles)	Pob. 15-44 años (1995) (miles)	Pob. 45-64 años (1995) (miles)	Pob. 65 años y más (1995) (miles)	Tasa global de fecundidad 1990-1995
Martinica	377	35	60	182	67	39	1,99
Montserrat	11(b)	0,8	2	5	1,5	1,5	2,18
St. Kitts y Nevis	41	...	...	...	...	...	2,59
St. y. Granadinas	106(b)	12	27	48	12	7	2,83
Santa Lucía	135(b)	16	34	62	15	8	3,41
Suriname	463	55	103	230	54	21	2,68
Trinidad y Tabago	1.305	144	296	614	177	74	2,74
América del Norte	291.675	22.330	41.211	132.874	58.645	36.615	2,04
Bermuda	63	...	...	...	...	...	1,73
Canadá	28.537	1.986	3.923	13.196	5.996	3.436	1,78
Estados Unidos	263.138	20.344	37.288	119.679	52.649	33.178	2,07

a) Censo de 1992

b) Censo de 1991

Cuadro 4. Salud materno-infantil

Subregiones y países	T. mortalidad infantil (por 1.000 nacidos vivos)			T. mortalidad materna (por 10.000 nacidos vivos)				% recién nacidos con peso < 2,500 g c. 1989		c. 1995
	1975- 1979	2a. eval.	3a. eval.	1980	2a. eval.	3a. eval.	Año	Valor		
	1979	1980	1980	1980	1980	1980	1989	1989		
Area Andina										
Bolivia	131,0	96,0	**75,0	...	24,7	1989-94	39,0	9,3	7,5	
Colombia	59,0	38,0	**15,5	...	4,0	1994	*3,5	12,8	...	
Ecuador	82,0	45,0	44,0	16,2	15,6	1995	12,0	...	17,0	
Perú	99,0	88,0	58,3	10,8	24,0	...	30,3	7,5	**8,0	
Venezuela	39,0	23,0	23,5	6,5	6,0	1995	6,6	...	**12,1	
Cono Sur										
Argentina	39,0	23,0	22,2	7,0	4,9	1995	4,4	...	6,9	
Chile	45,0	17,0	**11,1	7,5	4,1	1994	*2,5	7,1	**4,9	
Paraguay	53,0	47,0	43,3	36,5	27,0	1995	13,1	5,2	5,3	
Uruguay	42,0	21,0	18,9	5,0	2,5	1991	3,8	9,9	...	
Brasil	78,0	51,0	37,7	4,8	*6,7	1991	11,4	11,5	9,2	
Istmo Centroamericano										
Belize	45,0	19,0	27,1	3,2	3,6	...	11,3	13,0	...	
Costa Rica	30,0	14,0	13,2	2,3	3,0	1995	2,0	6,2	7,0	
El Salvador	87,0	58,0	**41,0	6,9	12,7	...	14,0	...	7,8	
Guatemala	82,0	*59,0	51	9,1	10,1*	1995	19,0	...	7,8	
Honduras	81,0	56,0	42	9,4	22,1	...	...	8,7	9,1	
Nicaragua	90,0	72,0	58,2	...	6,1*	1995	13,0	12,0	8,0	
Panamá	35,0	23,0	24	7,2	6,0	1994	4,0	8,1	**8,9	
México	57,0	31,0	17,5	9,4	5,6	1995	5,3	5,0	8,6	
Caribe Latino										
Cuba	22,0	11,0	**9,4	6	2,9	...	...	7,3	**7,9	
Rep. Dominicana	84,0	65,0	42	7,2	8	1990	11,0	13,7	9,2	
Haití	121,0	103,0	74	...	23	1994-95	46,0	10,0	15,0	
Puerto Rico	20,0	14,0	11,5	0,8	2,0*	...	...	...	...

Subregiones y países	T. mortalidad infantil (por 1.000 nacidos vivos)			T. mortalidad materna (por 10.000 nacidos vivos)			% recién nacidos con peso <2,500 g		
	1975-1979	2a. eval.	3a. eval.	1980	2a. eval.	Año	3a. evaluación	c. 1989	c. 1995
Caribe no Latino									
Anguila	...	38,0	***26,0	...	...	...	...	6,9	...
Antigua y Barbuda	...	20,0	***19,0	8,1	-	...	...	5,2	...
Aruba	...	...	***8,0	...	...	...	...	...	...
Bahamas	29,0	31,0	***19,0	...	3,7	1994	*1,6	7,8	...
Barbados	27,0	19,0	15,2	2,4	*9,1	1995	-	16,0	11,0
Islas Caimán	...	7,0	***8,0	-	0,8	1995	*19,0	8,7	...
Dominica	...	18,0	16,6	11	-	1995	6,7	10	7,0
Guayana Francesa	...	...	***20,0	...	...	...	...	...	...
Granada	...	24,0	12,7	3,9	...	1992	-	9,2	9,0
Guadalupe	25,0	*14,0	***11,0	-	...	...	...	...	...
Guyana	67,0	49,0	***46,0	...	...	...	...	12,0	...
Jamaica	26,0	*17,0	24,0	...	*17,2	1993-94	8,2	11,1	10,5
Martinica	22,0	11,0	***10,0	...	...	...	...	...	...
Montserrat	...	24,0	***12,0	-	*	...	...	9,2	...
Antillas Holandesas	29,0	22,0	***15,0	...	...	...	...	...	...
Saint Kitts y Nevis	...	*20,0	25,1	8,5	31,1	...	...	11,3	8,8
Santa Lucía	...	15,0	18,5	2,5	-	1990-94	2,8	9,0	...
S. Vicente y Granadinas	...	22,0	***18,0	13	0,6	1995	*7,8	1,0	...
Suriname	44,0	25,0	***18,0	8,1	3,1	1992	*11,2	...	...
Trinidad y Tabago	38,0	15,0	13,8	6,4	5,4	1994	7,5	18,0	...
Islas Turcas y Caicos	...	...	***19,0	-	*	1992	*38,0	...	...
Islas Vírgenes (R. Unido)	...	9,0	13,5	-	*	1994	*34,1	8,0	...
Islas Vírgenes (EE.UU.)	...	...	***13,0	27,5	...	...	...	...	...
América del Norte									
Bermuda	...	...	12,2	...	*	...	...	...	...
Canadá	17,0	7,0	6,1	0,8	0,5	1995	**0,2	6	5,7
Estados Unidos	14,0	10,0	8,4	0,9	0,7	...	0,8	...	7,3

Fuentes: Evaluación de las Estrategias de Salud para Todos en el Año 2000, Segunda Evaluación, Informes de los países sobre la Tercera Evaluación, Estadísticas de Salud de las Américas, 1997.

* Sistema de Información Técnica de la OPS

** Sistema de datos básicos de la OPS

*** Indicadores Básicos 1996

Nota: Los países se han agrupado siguiendo el orden alfabético del idioma inglés.

Cuadro 5. Cobertura de abastecimiento de agua, alcantarillado y eliminación de excretas en las Américas, 1988 y 1995

Subregiones y países	Abastecimiento de agua						Alcantarillado y eliminación de excretas						Comentarios datos en informe de país (en paréntesis)		
	2a. eval. (1988)			Tercera evaluación (1995)			Segunda evaluación (1988)			Tercera evaluación (1995)					
	% de población cubierta			% de población cubierta			% de población cubierta			% de población cubierta					
	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural			
Area Andina															
Bolivia	46	77	15 [54]	70 [81]	88 [19]	43	34	55	13	[43]	41	63	77 [17]	39	1992
Colombia	88	88	87	75	90	32	65	85	18		59	70	70	27	
Ecuador	58	75	37 [70]	55 [82]	81 [61]	10	56	75	34	[42]	53	51	70 [10]	26	1996 alcant.
Perú	58	78	22 [64]	66	91	31	42	55	16	[54]	61	78	78	23	1996
Venezuela	89	89	89	78 [83]	79 [80]	79	92	97	70		72 [62]	74 [53]	74	60	
Cono Sur															
Argentina	64	73	17	65	71	24	89	100	29		75	80	80	42	
Chile	86	100	21	91	99	47	83	100	6		*81	95	95	...	
Paraguay	33	65	7 [16]	39	70	6	58	55	60	[34]	*32	*20	*20	44	1972-1995
Uruguay	85	97	5	89	99	...	60	60	65		*61	*56	*56	...	
Brasil	96	100	86	69	80		78	89	48		67	74	74	43	
Istmo Centroamericano															
Belize	77	83	71	**83	...	...	73	83	61		**39	...	...	...
Costa Rica	94	100	84 [100]	10	100	99	97	100	93	[97]	97	100	100	95	
El Salvador	41	76	10 [60]	5	82	24	60	86	39	[85]	77	89	89	65	
Guatemala	60	91	41 [..]	6 [92]	97 [54]	48	57	72	48	[60]	67 [72]	91 [52]	91	50	1994
Honduras	72	89	60 [78]	7 [94]	91 [63]	66	62	88	44	[74]	82 [94]	91 [57]	91	71	1996
Nicaragua	53	78	19 [..]	6 [82]	93 [30]	28	19*	32*	*0	[..]	59 [33]	88 [..]	88	28	1996 alcant.
Panamá	83	100	66 [83]	8	99	73	84	100	68	[..]	90	99	99	81	
México	69	80	41 [87]	9	83	57	45	60	9	[68]	76	93	93	29	1993 alcant.
Caribe Latino															
Cuba	...	...	...	91	98	72	60	77	36	[16]	80 [28]	82	92	74	
Rep. Dominicana	52	68	28 [65]	7 [80]	88 [46]	55	39	41	15	[25]	26	43	43	16	1994-1995
Haití	42	55	36 [31]	3	38	39	22	...	...	[..]	100	...	...	...
Puerto Rico	...	...	...	**97	...	...	...	...	...	[..]	100	...	...	...

Subregiones y países	Abastecimiento de agua						Alicantillado y eliminación de excretas						Comentarios datos en informe de país (en paréntesis)	
	2a. eval. [1986]			Tercera evaluación [1996]			Segunda evaluación [1986]			Tercera evaluación [1996]				
	% de población cubierta			% de población cubierta			% de población cubierta			% de población cubierta				
	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural		
Caribe no Latino														
Bahamas	100	99	100	94	95	86	*56	100	*0	100	100	100	100	
Barbados	100	100	99	**100	...	...	*17	47	*0	**98	...	...	...	censo 1991
Dominica	...	...	...	**92	...	...	...	...	...	**75	...	...	...	censo 1992
Granada	...	...	...	**85	...	...	...	...	...	**96	...	...	...
Jamaica	...	...	...	**93	...	...	...	...	...	...	**99	...	...
Montserrat	...	...	...	**100	...	...	...	...	...	**100	...	...	...
St. Kitts y Nevis	...	...	...	**100	...	...	...	...	...	**97	...	...	...
Santa Lucía	...	...	...	**100	...	...	...	...	...	**89	...	...	...	censo 1991
Suriname	72	78	54	89	100	70	56	63	34	74	95	36	...	
Trinidad y Tabago	96	100	87	[97] 96	100	88	99	100	97	[99] 96	[100] 97	[97] 92	1988 agua	
Islas Virgenes (R. Unido)	...	...	...	...	...	...	...	...	...	**96	...	...	...
América del Norte														
Bermuda	...	...	...	**100	...	...	...	...	...	**100	...	...	...
Canadá	...	...	...	**99	...	...	...	...	...	**95	...	...	...
Estados Unidos	...	...	...	**73	...	...	...	...	...	...	...	...	...

Fuentes: Evaluación de las Estrategias de Salud para Todos en el Año 2000. Segunda Evaluación, 1991. Evaluación del Abastecimiento de Agua y el Saneamiento en América Latina y el Caribe a Mitad del Decenio, OPS 1997.

* Datos insuficientes.

** Informes de país sobre la Tercera Evaluación

[] Los números entre corchetes son los datos presentados por el país en el informe sobre la Tercera Evaluación.

Nota: Los países se han agrupado siguiendo el orden alfabético del idioma inglés.

Cuadro 6. Recursos Humanos en Salud: Segunda y Tercera Evaluaciones de la Estrategia de Salud para Todos en el Año 2000.—Región de las Américas.

Países	Médicos		Personal de Enfermería		Odontólogos		Asistentes de Enfermería (1995)	Farmac (1994)	Parteras (1995)	Otros Recursos (1995)
	1990	1995	1990	1995	1990	1995				
	Anguila	11,1	11,1	22,2	22,2	1,1				
Antigua y Barbuda	7,6	7,6	23,3	29,4	1,7	1,7	...	...	...	...
Antillas Neerlandesas	...	14,0	...	23,3	...	3,3	...	...	...	...
Argentina	26,8	[26,8]	5,4	5,4	6,6	[6,6]	...	3,2	1,2	...
Aruba	...	11,2	...	...	...	2,8	...	...	...	...
Bahamas	14,1	14,1	25,8	25,8	2,2	2,2	...	...	...	...
Barbados	11,3	[12,8]	32,3	[33,8]	1,3	[1,6]	...	5,9	...	32,3
Belice	6,2	[6,0]	5,5	[14,0]	0,7	[1,0]	...	1,0	10,8	17,1
Bermuda	12,0	12,0	88,6	88,6	4,6	4,6	...	...	...	...
Bolivia	4,5	[3,4]	2,5	[1,7]	2,2	[0,4]	...	0,3	...	8,4
Brasil	13,6	13,4	3,7	4,1	7,7	7,7	...	...	...	...
Canadá	22,1	[18,6]	95,8	[78,6]	5,3	[5,3]	...	7,5	...	...
Chile	11,0	10,8	4,2	4,2	3,8	4,4	...	...	...	...
Colombia	10,9	10,5	4,6	4,9	4,1	6,2	...	...	...	...
Costa Rica	12,6	[12,7]	9,5	[9,6]	3,8	[3,8]	20,0	3,6	...	2,5
Cuba	43,3	51,8	68,0	75,2	7,5	8,3	...	...	...	...
Dominica	4,6	[4,7]	26,3	[31,2]	0,05	[0,8]	10,8	2,8	...	7,6
Ecuador	14,2	[13,3]	5,0	[4,6]	4,4	[1,6]	11,8	...	0,7	...
El Salvador	8,4	[9,1]	4,9	[3,8]	2,2	[2,1]	...	...	5,4	...
Estados Unidos	24,5	[24,3]	87,8	[78,5]	6,3	[6,0]	...	[6,8]	...	...
Granada	5,0	[6,5]	23,9	[24,0]	0,7	[1,4]	...	4,8	...	...
Guayana Francesa	11,8	13,0	73,2	73,2	2,6	2,6	...	...	...	...
Guadalupe	11,5	14,0	24,9	24,9	2,6	2,6	11,0	...	...	...
Guatemala	7,8	[11,0]	3,2	[3,0]	1,1	[1,3]	...	...	...	...
Guyana	1,7	3,3	8,8	8,8	0,1	0,1	...	...	20,0	36,0
Haití	0,8	[1,6]	1,0	[1,3]	0,1	[0,4]	...	...	37,7	...
Honduras	7,0	[6,5]	2,5	2,4	1,1	[1,2]	8,4	...	...	...
Islas Caimán	17,0	17,0	51,8	51,8	4,1	4,1	...	...	...	...
Islas Turcas y Caicos	5,3	5,3	17,7	17,7	0,6	0,6	...	...	...	...
Islas Vírgenes (EUA)	...	16,5	...	36,9	...	...	...	...	...	...
Islas Vírgenes (RU)	16,5	[15,0]	36,9	[37,5]	0,8	[1,6]	13,6	1,6	...	9,0
Jamaica	5,7	5,7	6,9	6,9	0,9	0,9	...	...	...	...
Martinica	17,1	17,1	46,1	46,1	3,3	3,3	...	...	...	...
México	17,0	17,0	9,2	9,2	7,1	7,1	...	...	...	...
Montserrat	5,0	5,0	38,0	38,0	1,0	1,0	...	...	...	...
Nicaragua	4,4	[8,2]	5,6	[5,6]	1,2	[1,2]	12,0	...	...	...
Panamá	16,4	[11,7]	10,5	[10,7]	3,8	[2,4]	11,7	0,5	...	...
Paraguay	6,5	[6,7]	3,0	1,0	2,6	3,0	...	...	...	...
Perú	10,6	[9,8]	8,7	[6,2]	3,2	[1,1]	...	...	...	...
Puerto Rico	...	17,5	...	42,5	...	2,5	...	...	...	...
República Dominicana	14,9	[15,0]	1,8	[15,3]	2,5	[0,6]	...	0,4	...	10,7
Saint Kitts y Nevis	8,9	[10,7]	59,0	[62,9]	1,8	1,8	1,4	4,8	...	9,4

Países	Médicos		Personal de Enfermería		Odontólogos		Asistentes de Enfermería (1995)	Farmac (1995)	Parteras (1995)	Otros Recursos (1995)
	1990	1995	1990	1995	1990	1995				
San Vicente y las G.	4,6	4,6	18,7	18,7	0,5	0,5	...	...	...	...
Santa Lucía	3,5	[5,6]	17,7	[21,9]	0,6	[0,9]	...	2,7	...	16,8
Suriname	7,5	7,5	22,7	22,7	0,5	0,5	...	...	...	...
Trinidad y Tabago	7,2	[7,9]	16,1	[18,9]	0,9	[1,5]	10,7	4,6	...	...
Uruguay	36,8	[35,6]	5,5	[6,8]	11,2	[11,8]	...	2,8	1,7	...
Venezuela	16,2	[19,4]	7,4	[7,7]	3,9	[4,0]	22,0	3,0	...	1,0

* Por 10.000 habitantes

** Ultimo año disponible entre 1990 y 1995

Información no disponible

[] Información de los Informes de país de la 3a. Evaluación SPT2000.

Fuente: Informe Regional de la 2da. Evaluación de la Estrategia de Salud Para Todos-2000 y *Situación de salud en las Américas. Indicadores Básicos 1996.*

Cuadro 7. Gasto Nacional en Salud (GNS): Tercera Evaluación de la Estrategia de Salud Para Todos en el Año 2000.—Región de las Américas

Países	GNS como % PIB	GNS Per Capita US de 1994
Antigua	6,4	432
Argentina	9,8	810
Bahamas	4,4	433
Barbados	6,8	455
Belice	8,2	211
Bolivia	4,3	33
Brasil	7,4	258
Canadá	11,3	1.878
Colombia	7,4	145
Costa Rica	8,5	232
Chile	7,9	296
Cuba	7,9	92
Ecuador	6,3	78
El Salvador	6,2	89
Estados Unidos	14,1	2.563
Guatemala	3,5	44
Guyana	5,2	34
Haití	3,6	10
Honduras	5,3	27
Jamaica	5,4	85
México	6,5	264
Nicaragua	8,7	34
Panamá	7,5	193
Paraguay	5,7	95
Perú	4,6	100
República Dominicana	5,8	76
San Vicente/Grenadinas	5,9	139
Trinidad y Tobago	3,9	150
Uruguay	8,5	434
Venezuela	7,8	206
Promedio/ Region, América Latina y el Caribe*	7,5	257

- Promedio regional, excluyendo Canadá y Estados Unidos. (No información: Granada, Islas Caimán, Monserrat, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, y Suriname.

Fuente: Gasto Nacional en Salud en América Latina y el Caribe: 1980-1994; Programa de Políticas Públicas y Salud, División de Salud y Desarrollo Humano, HDP/HDD, OPS. Abril 1997.

**Cuadro 8. Gasto Nacional en Salud (GNS): Segunda y Tercera
Evaluaciones de la Estrategia de Salud para Todos en el
Año 2000.—Región de las Américas, 1990-1994**

Indicadores				Tasas de Crecimiento promedio anual	
	1980	1990	1994	1980-90	1990-94
	GNS % de PIB				
Gasto público	2,9	2,5	3,3	-1,5	7,2
Gasto privado	2,9	4,4	4,2	4,3	-1,2
Total, GNS	5,8	6,9	7,5	1,8	2,1
	Composición de GNS %				
Gasto público	50	36	44	-3,2	5,0
Gasto privado	50	64	56	2,5	-3,2
Total, GNS:	100	100	100	0,0	0,0
	GNS Per cápita en US\$ de 1994				
Gasto público	103	80	113	-2,5	9,1
Gasto privado	103	140	144	3,1	0,6
Total, GNS:	206	220	257	0,7	4,0

Fuente: Estimaciones del GNS 1980 and 1990, Suárez, R. (1995); Estimados para 1994 de Suárez, R. (1997). Programa de Políticas Públicas y Salud, División de Salud y Desarrollo Humano, HDP/HDD, OPS.

Cuadro 9. Situación de los Bancos de Sangre, por país con información disponible, número de donaciones y % de serologías: Tercera Evaluación de la Estrategia de Salud Para Todos en el Año 2000. — Región de las Américas, 1995*

País	No. Donaciones	HIV		HBV		HVC		Sifilis		T. cruzi	
		% de donaciones con serología	Prev. (**)	% de donaciones con serología	Prev. (**)	% de donaciones con serología	Prev. (**)	% de donaciones con serología	Prev. (**)	% de donaciones con serología	Prev. (**)
Argentina	811.850	85,0	0,20	84,0	1,00	70,0	0,80	88,0	0,80	96,0	4,90
Bolivia	22.146	64,0	0,03	60,0	1,50	...	...	64,0	1,33	66,0	13,70
Colombia	370.815	100,0	0,30	100,0	0,89	99,8	0,96	99,3	1,40	46,0	1,30
Costa Rica	45.311	100,0	0,10	100,0	0,40	100,0	0,30	100,0	0,30	13,0	0,80
Ecuador	100.774	100,0	0,18	99,0	0,47	42,6	0,10	100,0	0,90	75,4	0,10
El Salvador	52.365	100,0	0,15	100,0	0,60	74,0	0,18	100,0	1,30	99,0	2,30
Honduras	31.937	100,0	0,50	92,0	0,50	73,0	0,17	100,0	0,62	90,0	1,70
Nicaragua	48.030	99,0	0,11	96,0	0,37	51,0	0,57	96,0	1,71	51,0	0,50
Panamá	37.107	83,0	0,12	100,0	0,50	65,0	0,35	...	...	2,4	1,00
Paraguay	34.216	100,0	0,05	93,0	1,40	14,8	0,30	81,0	3,50	83,0	5,80
Perú	***82.656	60,0	0,28	60,0	0,70	50,0	0,68	60,0	1,21	4,0	0,03
Uruguay	111.518	100,0	0,08+	100,0	0,41	100,0	0,42	100,0	0,76	100,0	0,62
Venezuela	202.515	100,0	0,38	100,0	1,05	57,0	0,85	100,0	1,14	100,0	0,84

* Prevalencia de enfermedades en los donantes que pueden ser transmitidas por transfusión de sangre

... Sin datos

+ Confirmado entre los positivos del tamizaje

** Prevalencia por 100 donantes

*** Estimado

Fuente: Boletín Epidemiológico / OPS, Vol. 18, No. 1 (1997)

Cuadro 10. Algunos indicadores de salud materno-infantil. Segunda y Tercera Evaluaciones

Subregiones y países	% de embarazadas atendidas por personal calificado durante el embarazo				% de partos atendidos por personal calificado				% de lactantes atendidos por personal calificado				% mujeres en edad fecunda que usan planificación familiar			
	2a. evaluación		3a. evaluac.		2a. evaluac.		3a. evaluación		2a. evaluac.		3a. evaluac.		2a. evaluación		3a. evaluación	
	Año	Valor	Año	Valor	Año	Valor	Año	Valor	Año	Valor	Año	Valor	Año	Valor	Año	Valor
Area Andina																
Bolivia	89	38,0	94	53,0	89	29,0	96	28,0	89	29,0	96	28,0	90	12,0	94	45,0
Colombia	89	59,0	94	*83	89	59,0	94	*93	89	100,0	94	...	90	40,0	94	*72
Ecuador	88	47,0	94	75,0	88	26,0	94	2U,32R	88	65,0	94	82,0	88	32,0	94	57,0
Perú	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	85-90	8,0	92	*36
Venezuela	...	...	...	***34	88	82,0	94	95,0	...	...	95	***41	89	14,0	95	***11
Cono Sur																
Argentina	88	96,0	...	...	87	95,0	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Chile	...	...	94	*99,5	89	99,0	94	*99,5	89	81,0	...	...	...	...	95	*20
Paraguay	90	60,0	95	***69	90	60,0	95	***36	90	80,0	95	***90	90	44,0	95	**71045
Uruguay	...	...	85	98,0	89	100,0	...	...	88	100,0	...	...	...	...	...	81,0
Brasil	90	65,0	96	86,0	...	...	96	92,0	...	...	...	...	86	43,0	96	9U,69R
Istmo Centroamericano																
Belize	89	92,0	95	95,0	89	83,0	93	80,0	89	95,0	93	91,0	89	10,0	95	30,0
Costa Rica	89	91,0	93	92,0	89	94,0	93	97,0	86	91,0	...	...	...	...	93	75,0
El Salvador	...	...	95	56,0	...	...	95	62,0	...	...	95	79,0	...	...	95	9,0
Guatemala	...	34,0	95	54,0	...	23,0	95	49,0	...	...	...	...	...	...	95	31,0
Honduras	89	77,0	95	84,0	89	63,0	95	54,0	...	...	95	78,0	89	2,0	96	32,0
Nicaragua	90	87,0	...	...	90	42,0	95	87*	89	97,0	...	...	90	58,0	90	*47
Panamá	90	82,0	95	89,0	90	85,0	95	86,0	90	80,0	...	...	...	...	95	49,0
México	89	50,0	94	*93	89	45,0	95	76,0	89	68,0	...	...	...	...	95	33,0
Caribe Latino																
Cuba	89	100,0	95	99,8	89	100,0	95	99,8	89	100,0	95	100*	87	78,0	...	...
Rep. Dominicana	90	100,0	91	96,0	90	100,0	91	90,0	90	100,0	...	...	...	...	91	37,0
Haití	88	43,0	94-95	36,0	88	20,0	94-95	46,0	...	89,0	...	...	88	11,0	94-95	13,0
Puerto Rico	...	...	94	99,0	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	95-96	78,0

Subregiones y países	% de embarazadas atendidas por personal calificado durante el embarazo				% de partos atendidos por personal calificado				% de lactantes atendidos por personal calificado				% mujeres en edad fecunda que usan planificación familiar				
	2a. evaluación		3a. evaluación		2a. evaluación		3a. evaluación		2a. evaluación		3a. evaluación		2a. evaluación		3a. evaluación		
	Año	Valor	Año	Valor	Año	Valor	Año	Valor	Año	Valor	Año	Valor	Año	Valor	Año	Valor	
Caribe no Latino																	
Anguila	90	100,0	...	...	90	100,0	...	...	90	100,0	...	...	...	...	...	...
Antigua y Barbuda	90	100,0	...	...	90	100,0	...	...	90	100,0	...	...	...	...	...	...
Bahamas	89	99,0	...	...	89	99,0	...	...	...	90,0	...	...	...	...	...	...
Barbados	90	100,0	95	100,0	90	100,0	95	100,0	90	100,0	95	100,0	...	...	...	...
Islas Caimán	88	89,0	...	...	88	100,0	...	...	88	100,0	...	...	...	...	...	...
Dominica	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Granada	90	100,0	95	***75	90	100,0	...	...	90	100,0	95	80,0	88,0	54,0	95,0	44,0
Guyana	...	95,0	...	...	...	98,0	...	...	...	98,0	...	...	...	...	...	...
Jamaica	90	67,0	96	73,0	89	79,0	95	>90	90	70,0	...	98,0	...	...	93,0	48,0
Montserrat	90	100,0	...	...	90	100,0	95	100,0	90	100,0	95	100,0	85,0	50,0	95,0	**888
St. Kitts y Nevis	90	100,0	...	...	90	100,0	95	100,0	90	100,0	95	100,0	88,0	41,0	95,0	51,0
Santa Lucía	90	100,0	94	100,0	90	100,0	94	100,0	90	100,0	95	98,0	85,0	43,0	88,0	55,0	
S. Vicente y Grans.	90	100,0	...	...	90	100,0	...	...	90	100,0	...	...	90,0	61,0	...	...
Suriname	89	91,0	...	...	89	90,0	...	...	...	...	...	...	90,0	55,0	...	...
Trinidad y Tabago	88	98,0	94	64,0	...	98,0	94	99,0	...	...	94	87,0	87,0	53,0	91,0	74,0
Islas Vírgenes (RU)	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	94,0	**1341
América del Norte																	
Bermuda	...	...	95	95,0	...	...	95	100,0	...	...	95	100,0	...	...	...	...
Canadá	90	100,0	...	98,0	90	100,0	92-93	#98	90	100,0	92-93	98,0	...	...	...	88,0
Estados Unidos	88	98,0	95	##81	88	99,0	95	*99	88	100,0	88	100,0	...	88,0	60,0	94,0	*71

Fuente: Evaluación de las Estrategias de Salud para Todos en el Año 2000. Segunda Evaluación, 1991. Informes de la Tercera Evaluación presentados por los países miembros

Notas:

* Base de datos de la OPS

** No. de las que aceptan la planificación familiar.

***Ministerio de salud solamente.

Parto atendido por médico.

Primer trimestre.

U= Urbana.

R= Rural.

Cuadro 11. Cobertura de vacunación (%) con VOP, DPT, antisarampionosa y BCG en niños < 1 año de edad, por país, 1989 y 1995

Subregiones y países	VOP		DPT		Antisaramp.		BCG	
	1989	1995	1989	1995	1989	1995	1989	1995
Área Andina								
Bolivia	49	89	39	88	47	83	28	87
Colombia	90	94	78	89	64	94	94	99
Ecuador	64	89	55	74	57	73	91	107
Perú	60	92	58	94	52	97	62	95
Venezuela	67	85	55	68	50	67	68	92
Cono Sur								
Argentina	86	88	80	82	89	95	92	119
Chile	94	98	94	98	92	95	94	80
Paraguay	41	79	61	79	53	75	53	92
Uruguay	88	91	88	91	82	90	99	99
Brasil	97	83	54	83	58	88	70	109
Istmo Centroamericano								
Belice	71	83	71	83	68	87	87	92
Costa Rica	86	84	86	85	77	94	89	99
El Salvador	64	94	64	100	73	93	63	102
Guatemala	58	80	50	80	54	83	21	79
Honduras	86	94	85	94	94	89	80	97
Nicaragua	85	96	66	85	63	81	92	103
Panamá	72	86	70	86	73	84	87	100
México	96	92	65	92	85	90	80	98
Caribe Latino								
Cuba	96	95	96	101	99	102	98	100
Rep. Dominicana	70	80	43	83	43	85	38	76
Haití	50	30	50	30	31	75	40	35
Caribe no Latino								
Anguila	100	99	100	97	92	92	100	100
Antigua y Barbuda	100	...	100	...	95	...	...	...
Bahamas	82	86	86	87	87	90	...	...
Barbados	80	93	78	93	85	92	...	...
Islas Caimán	93	98	93	98	89	95	81	76
Dominica	94	...	92	...	89	...	99	...
Granada	86	77	87	95	89	88	...	...
Guyana	79	87	77	86	69	77	76	93
Jamaica	84	90	85	90	71	89	100	98
Montserrat	93	100	93	100	89	100	60	100
St. Kitts y Nevis	100	99	100	99	90	99	...	...
Santa Lucía	93	98	92	98	91	94	100	98
S. Vicente y Gran.	97	97	98	97	100	100	99	99
Suriname	71	81	72	84	73	79	...	...
Trinidad y Tabago	77	90	77	89	59	90	...	...
I. Turcas y Caicos	82	100	94	100	76	99	100	100
Islas Vírgenes (RU)	97	100	100	100	87	100	100	100
América del Norte								
Bermuda	76	92	74	86	67	86	...	...
TOTAL	86	87	62	85	67	85	73	99

Fuente: Programa Especial de Vacunas e Inmunización, OPS.

Nota: Los países se han agrupado siguiendo el orden alfabético del idioma inglés.

Cuadro 12. Datos Demográficos: Tercera Evaluación de la Estrategia de Salud Para Todos en el Año 2000. —Región de las Américas

Países y Subregiones	Esperanza de vida al nacer (1990-1995)				Tasa bruta de natalidad (1990-1995)	Tasa bruta de mortalidad (1990-1995)	Tasa anual poblacional crecimiento (1990-1995)	% Población urbana (1995)
	M	F	M*	F*				
Area Andina	64,2	69,4			27,1	6,6		74,0
Bolivia	58,9	63,5	57,7	61,1	34,4	9,4	2,37	54,4
Colombia	66,4	72,3	...	...	24,0	6,0	1,66	72,7
Ecuador	64,5	68,8	67,3	78,7	29,7	6,9	2,28	60,6
Perú	62,7	66,5	64,4	69,2	29,0	7,6	2,03	72,2
Venezuela	67,3	73,5	69,1	74,9	26,1	5,3	2,12	92,2
Cono Sur	67,8	74,5			21,7	8,0		84,0
Argentina	68,1	74,8	68,4	75,6	20,3	8,6	1,17	87,4
Chile	68,5	75,6	...	...	22,5	6,4	1,55	85,9
Paraguay	65,1	69,5	66,3	70,8	33,0	6,4	2,69	50,7
Uruguay	69,3	75,7	69,3	75,7	17,1	10,3	0,58	90,3
Brasil	63,5	69,1	...	...	23,3	7,4	1,59	78,7
Istmo Centroamericano	65,6	70,1			35,2	6,7	2,24	68,3
Belice	67,0	72,0	72,4	75,0	38,0	5,0	2,03	52,5
Costa Rica	74,0	78,6	74,0	78,7	26,3	3,7	2,41	49,7
El Salvador	63,9	68,8	65,4	72,0	33,5	7,1	2,18	46,7
Guatemala	62,4	67,3	64,7	69,8	38,7	7,7	2,88	41,5
Honduras	63,7	68,0	65,6	70,6	37,1	7,2	3,00	47,7
Nicaragua	64,8	68,5	...	...	40,5	6,8	1,89	62,9
Panamá	70,8	74,9	71,0	75,0	24,9	5,2	1,90	54,9
México	67,1	73,6	69,8	76,2	27,9	5,5	2,06	75,3
Caribe Latino	66,8	70,9			24,6	7,8		62,4
Cuba	73,9	77,6	...	...	17,4	6,7	0,89	75,0
Haití	54,9	58,3	55,0	57,8	35,3	11,9	2,03	31,6
Puerto Rico	71,7	78,2	69,0	78,0	18,4	6,9	0,89	76,6
Rep. Dominicana	65,4	69,8	67,6	71,7	28,3	6,2	1,98	64,6
Caribe no Latino	69,7	74,9			22,4	6,6		61,7
Anguila	71,0	77,0	...	...	24,0	9,0	1,32	...
Antigua y Barbuda	70,0	74,0	...	...	18,0	6,0	0,71	34,6
A. Neerlandesas	73,0	77,0	...	...	18,0	5,0	...	...
Aruba	72,0	80,0	...	...	15,0	6,0	0,25	69,5
Bahamas	68,8	75,9	...	...	19,3	5,2	1,60	66,6
Barbados	72,9	77,9	72,9	77,4	15,8	9,1	0,33	47,7
Dominica	73,0	79,0	64,1	71,4	26,0	5,0	-0,19	...
Grenada	69,0	74,0	68,0	72,0	35,0	7,0	0,31	...
Guadalupe	71,1	78,0	...	...	19,0	6,8	1,22	51,3
Guayana Francesa	69,0	76,0	...	...	28,0	7,0	3,04	76,5
Guyana	62,4	68,0	...	...	25,1	7,1	0,94	35,3
Islas Caimán	75,0	79,0	...	...	13,0	5,0	4,20	100,0
Islas Turcas y Caicos	73,0	77,0	...	...	25,0	6,0	3,85	54,7
Islas Vírgenes(EU)	74,0	77,0	...	...	22,0	5,0	0,15	49,2
Islas Vírgenes(RU)	...	...	70,3	73,7	19,0	5,0	...	...
Jamaica	71,4	75,8	73,2	77,8	22,0	6,2	1,02	55,4

Países y Subregiones	Esperanza de vida al nacer (1990-1995)				Tasa bruta de natalidad	Tasa bruta de mortalidad	Tasa anual poblacional crecimiento	% Población urbana
	M	F	M*	F*	(1990-1995)	(1990-1995)	(1990-1995)	(1995)
Martinica	72,9	79,4	...	...	17,4	7,1	0,92	78,0
Montserrat	74,0	78,0	70,3	73,7	16,0	10,0	-0,34	13,8
St. Kitts y Nevis	64,0	71,0	67,4	70,4	24,0	10,0	-0,30	52,6
St. Vincent/Gran.	68,0	72,0	...	...	27,0	6,0	0,88	22,2
Santa Lucía	69,0	74,0	67,5	73,3	31,0	5,0	1,35	46,2
Suriname	67,8	72,8	...	...	25,6	5,6	1,86	50,4
Trinidad y Tabago	68,9	73,9	67,9	72,7	23,3	6,2	1,08	66,6
América del Norte	72,8	79,4			15,7	8,8		76,4
Bermuda	69,0	76,0	70,0	78,0	15,0	7,0	0,71	100,0
Canadá	74,2	80,7	75,0	81,0	14,2	7,7	1,8	78,1
Estados Unidos	72,6	79,3	72,6	78,9	15,9	8,9	1,03	76,2

... Sin información

* Datos corresponden a 1995 y fueron obtenidos de los Informes de País para la 3a. Evaluación de la Estrategia de Salud Para Todos en el Año 2000.

Cuadro 13. Mortalidad por Causa: Segunda Evaluación de la Estrategia de Salud Para Todos en el Año 2000 — Región de las Américas

Países y Subregiones	Tasa mortalidad ajustada por edad Tumores Malignos* (1960-1992)		Tasa mortalidad ajustada por edad Aparato Circulatorio* (1990-1992)		Tasa mortalidad ajustada por edad Accidentes y (1990-1992)		Tasa mortalidad ajustada por edad Enfermedades Transmisibles* (1985-1989)		Tasa mortalidad ajustada por edad Enfermedades Transmisibles* (1990-1992)					
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F				
	Area Andina													
Bolivia	...	118	...	275	...	43	...	85	...	75	...	69	...	61
Colombia	96	122	175	202	133	43	190	178	149	315	323	94	140	315
Ecuador	113	138	186	209	93	33	323	82	323	82	94	82	315	82
Perú	98	106	237	233	126	32	94	82	94	82	94	82	315	82
Venezuela	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Cono Sur														
Argentina	138	111	296	264	77	29	53	44	56	44	56	149	47	47
Chile	144	136	201	199	131	33	89	75	78	75	78	149	67	67
Paraguay	83	93	290	307	80	27	166	140	166	140	166	37	140	140
Uruguay	185	138	240	233	85	28	38	37	37	37	37	37	37	37
Brasil	97	107	269	316	133	43	165	127	149	127	149	149	112	112
Istmo Centroamericano														
Belice	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Costa Rica	110	110	160	164	76	21	36	33	36	33	36	159	33	33
El Salvador	84	124	150	263	197	42	237(a)	199(a)	159	199(a)	159	125	125	125
Guatemala	...	...	...	...	...	...	471(a)	480(a)	...	480(a)	...	...	...	...
Honduras	...	...	...	...	...	...	292(a)	265(a)	...	265(a)	...	...	...	...
Nicaragua	66	110	193	252	104	44	217	209	211	209	211	69	217	217
Panamá	94	102	182	211	105	31	69	63	69	63	69	69	63	63
México	74	84	176	165	150	33	128	113	78	113	78	78	71	71
Caribe Latino														
Cuba	107	88	211	223	94	46	42	39	54	39	54	54	50	50
Haití	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Puerto Rico	100	75	233	156	118	20	46	35	43	35	43	43	34	34
Rep. Dominicana	...	...	...	...	...	...	156(a)	140(a)	...	140(a)	...	...	...	...

Países y Subregiones	Tasa mortalidad ajustada por edad Tumores Malignos* (1990-1992)		Tasa mortalidad ajustada por edad Aparato Circulatorio* (1990-1992)		Tasa mortalidad ajustada por edad Accidentes y (1990-1992)		Tasa mortalidad ajustada por edad Enfermedades Transmisibles* (1985-1989)				
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
Caribe no Latino											
Anguila
Antigua y Barbuda
Antillas Neerlandesas
Aruba
Bahamas
Barbados	89	110	217	247	60	22	36	29	42	27	
Dominica	
Grenada	
Guadalupe	
Guayana Francesa	
Guyana	
Islas Caimán	
Islas Turcas y Caicos	
Islas Vírgenes (EU)	
Islas Vírgenes (RU)	
Jamaica	
Martinica	
Montserrat	
St. Kitts y Nevis	
St. Vincent/Gran. Santa Lucía	
Suriname	
Trinidad y Tabago	94	90	280	300	78	30	53	44	49	46	
América del Norte											
Bermuda	
Canadá	145	121	202	164	58	20	19	19	19	20	
Estados Unidos	140	118	204	161	78	27	28	25	28	26	

* a) 1980-1984)

b) Tasa por 100.000 habitantes

Fuente: Las tasas de mortalidad ajustada por edad fueron calculadas a partir de la base de datos del Sistema de Información Técnica de la OPS (TIS) y de Estadísticas de Salud de las Américas. Edición de 1995, OPS. Último año disponible entre 1990-1992 y para algunos países el dato más reciente estaba comprendido entre 1980-1984.

Cuadro 14. Morbilidad y Mortalidad: Segunda y Tercera Evaluación de la Estrategia de Salud Para Todos en el Año 2000. —Región de las Américas

PAÍSES Y SUBREGIONES	SARAMPION			MALARIA			SIDA			COLERA		
	Casos			Casos			Casos			Defunciones		
	1990	1995	1999	1990	1995	1999	1990	1995	1999	1992	1995	1999
Area Andina				461.121	1.619	2.818	18.427	7.032	284.743	29.615	1.544	315
Bolivia	820	76	27.475	46.911	11	14	120	85	22.260	3.136	383	86
Colombia	12.520	284	129.377	187.082	773	897	6.674	2.867	15.129	1.922	158	35
Ecuador	1.646	919	46.859	18.128	47	69	543	393	31.870	2.160	208	23
Perú	737	353	95.222	192.629	179	1.043	4.884	711	212.642	22.397	727	171
Venezuela	9.881	172	12.539	16.371	609	795	6.206	2.976	2.842	-	68	-
Cono Sur			...	1.963	721	2.095	10.540	3.601	626	188	16	1
Argentina	1.967	655	758	1.065	481	1.666	8.124	2.249	553	188	15	1
Chile	1.958	-	2	-	145	279	1.542	836	73	-	1	-
Paraguay	1.396	73	...	898	19	23	190	131	-	-	-	-
Uruguay	110	5	...	...	76	127	684	385	-	-	-	-
Brasil	61.435	561	466.190	565.727	7.553	15.402	92.225	38.392	30.054	15.915	359	535
Istmo Centroamericano			...	171.088	912	1.933	9.642	2.738	29.539	24.478	368	341
Belize	25	4	...	9.413	11	29	129	130	159	19	4	-
Costa Rica	76	37	5.033	4.515	84	205	946	499	12	24	-	-
El Salvador	...	-	3.887	3.362	54	380	1.372	236	8.106	2.923	45	5
Guatemala	8.619	23	...	24.178	92	141	800	242	15.395	7.970	207	95
Honduras	8.360	-	44.513	59.446	595	955	5.230	955	384	4.717	17	77
Nicaragua	...	5	44.037	69.444	7	21	122	72	3.067	8.825	46	164
Panamá	1.891	19	481	730	69	203	1.043	604	2.416	-	49	-
México	68.782	244	15.793	7.313	2.592	4.310	25.746	14167	8.162	16.430	99	137
Caribe Latino			-	24.948	1.500	555	8.797	1.202	-	-	-	-
Cuba	12	1	10	-	28	114	477	288	-	-	-	-
Haití	1.414	...	853	23.140*	1.216	...	4.967	297	-	-	-	-

PAISES Y SUBREGIONES	SARAMPION				MALARIA				SIDA				COLERA			
	Casos		Casos		Casos		Casos		Casos		Defunciones		Casos		Defunciones	
	1990	1995	1990	1995	1990	1995	1990	1995	1990	1995	1992	1995	1992	1995	1992	1995
Puerto Rico	...	11	-	-	-	1.834	...	11.230	8.183	-	-	-	-	-	-	-
Rep. Dominicana	3.477	-	987	1.808	256	441	33.531	617	-	-	-	-	-	-	-	-
Caribe no Latino			754	1.802	754	1.802	9.515	5.273	584	9						
Anguila	15	-	-	-	1	-	5	3	-	-	-	-	-	-	-	-
Ant.y Barbuda	-	-	-	-	3	-	68	20	-	-	-	-	-	-	-	-
A. Neerlandesas	...	...	-	-	30	76	233	74	-	-	-	-	-	-	-	-
Aruba	...	...	-	-	4	6	21	16	-	-	-	-	-	-	-	-
Bahamas	72	-	-	-	188	390	2.101	1.054	-	-	-	-	-	-	-	-
Barbados	51	-	-	-	61	95	632	530	-	-	-	-	-	-	-	-
Dominica	13	-	-	-	2	5	37	11	-	-	-	-	-	-	-	-
Grenada	6	3	-	-	5	18	81	53	-	-	-	-	-	-	-	-
Guadalupe	...	-	-	-	35	104	677	226	-	-	-	-	-	-	-	-
Guyana	1	-	33.172	59.311	61	78	698	193	556	8						
G. Francesa	...	...	3.974	4.711	46	96	503	267	16							
Islas Caimán	-	-	-	-	2	-	18	16	-	-	-	-	-	-	-	-
I. Turcas y Caicos	2	4	-	-	1	...	39	30	-	-	-	-	-	-	-	-
I. Virg. (EUA)	-	-	-	-	...	...	...	...	...	-	-	-	-	-	-	-
I. Virg. (RU)	-	-	-	-	2	3	11	4	-	-	-	-	-	-	-	-
Jamaica	3.651	15	6	-	62	505	1.533	907	-	-	-	-	-	-	-	-
Martinica	...	...	-	-	46	38	367	184	-	-	-	-	-	-	-	-
Montserrat	1	-	-	-	1	-	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-
S. Kitts y Nevis	80	1	-	-	8	5	48	29	-	-	-	-	-	-	-	-
S. V. y Granadinas	1	-	-	-	6	6	66	69	-	-	-	-	-	-	-	-
Santa Lucía	30	2	-	-	4	10	76	66	-	-	-	-	-	-	-	-
Suriname	35	-	-	6.606	33	20	209	189	12	1						
Trinidad y Tobago	511	-	8	-	173	340	2.083	1.332	-	-	-	-	-	-	-	-
América del Norte			-	-	49.485	63.054	559.155	320.346	103	20	18					
Bermuda	1	-	-	-	33	48	315	213	-	-	-	-	-	-	-	-
Canadá	1.033	2.357	-	-	1.360	1.392	14.104	9.133	-	-	-	-	-	-	-	-
Estados Unidos	27.786	301	-	-	48.092	61.614	544.736	311.000	103	20	1					

Dato de 1994

Fuente: Información de los Programas Regionales de la OPS