

INFORME REGIONAL SOBRE



EL DESARROLLO SOSTENIBLE



Y LA SALUD EN LAS AMÉRICAS



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



INFORME REGIONAL SOBRE EL DESARROLLO SOSTENIBLE Y LA SALUD EN LAS AMÉRICAS



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037

Catalogación en la Fuente, Biblioteca Sede de la OPS

Organización Panamericana de la Salud.

Informe Regional sobre el desarrollo sostenible y la salud en las Américas. Washington, DC: OPS, 2013.

1. Desarrollo Sostenible - análisis. 2. Atención Primaria de Salud. 3. Enfermedades Transmisibles. 4. Grupos Vulnerables. 5. Salud Urbana - tendencias. 6. Contaminación Ambiental - análisis. 7. Contaminación Ambiental - efectos adversos. 8. Américas I. Título.

ISBN 978-92-75-31721-1

(Clasificación NLM : WA 670 DA1)

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes deberán dirigirse al Servicio Editorial, Área de Gestión de Conocimiento y Comunicación (KMC), Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., EE. UU. (pubrights@paho.org). El Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental, podrá proporcionar información sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

© Organización Panamericana de la Salud, 2013. Todos los derechos reservados.

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

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

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

Diseño: Miki Fernández/ULTRAdesigns

Fotos cubierta: OPS; Thinkstock.com

ÍNDICE

Siglas	v
Prólogo	vi
Prefacio	vii
Resumen	ix
INTRODUCCIÓN	1
Antecedentes	2
La salud y el desarrollo sostenible	2
La situación de la salud y su contexto	2
Objetivo del informe	4
Metodología	4
Limitaciones	4
Bibliografía	5
EJE TEMÁTICO I. LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD	7
1. Introducción	8
2. Situación regional	8
3. Diagnóstico de la situación en los países	9
4. Perspectivas futuras	10
Bibliografía	11
EJE TEMÁTICO II. LA LUCHA CONTRA LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	13
1. Introducción	14
2. Situación regional	14
3. Diagnóstico de la situación en los países	14
4. Perspectivas futuras	19
Bibliografía	20
EJE TEMÁTICO III. LA PROTECCIÓN DE LOS GRUPOS VULNERABLES	23
1. Introducción	24
2. Situación regional	24
3. Diagnóstico de la situación en los países	26
4. Perspectivas futuras	28
Bibliografía	28
EJE TEMÁTICO IV. LA SALUD URBANA	31
1. Introducción	32
2. Situación regional	33
3. Diagnóstico de la situación en los países	36
4. Perspectivas futuras	38
Bibliografía	39
EJE TEMÁTICO V. LA REDUCCIÓN DE LOS RIESGOS PARA LA SALUD DERIVADOS DE LA CONTAMINACIÓN Y LOS PELIGROS AMBIENTALES	41
1. Introducción	42
2. Situación regional	42
3. Diagnóstico de la situación en los países	43
4. Perspectivas futuras	44
Bibliografía	45

EJE TEMÁTICO VI. LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES	47
1. Introducción	48
2. Situación regional	48
3. Diagnóstico de la situación en los países	50
4. Perspectivas futuras	51
Bibliografía	52
 EJE TEMÁTICO VII. EL CAMBIO CLIMÁTICO	 55
1. Introducción	56
2. Situación regional	56
3. Diagnóstico de la situación en los países	57
4. Perspectivas futuras	57
Bibliografía	59
 REFLEXIONES FINALES	 61
El contexto histórico que precede a Rio 92	62
Algunas perspectivas a partir del avance de los países de la Región.....	62
Unir los paradigmas	63
Algunos elementos del futuro que deseamos.....	63
Invertir en la salud para lograr la sostenibilidad del desarrollo	63
La salud como una medida de los logros hacia el desarrollo sostenible.....	66
Impulsar el esfuerzo regional e intersectorial.....	66
Bibliografía	66
 FIGURAS	
Figura 1. La salud y el desarrollo sostenible	4
Figura 2. Tendencias con respecto a la urbanización en la Región	32
Figura 3. Diferencias regionales con respecto al acceso al agua potable entre las zonas urbanas y las rurales	34
 RECUADROS	
Recuadro 1. La renovación de la atención primaria de salud en la Región de las Américas	9
Recuadro 2. Espacios, estructuras y mecanismos para la acción intersectorial en materia de salud: ejemplos de algunos países de la Región de la Américas	10
Recuadro 3. Estrategias e iniciativas clave para enfrentar las enfermedades transmisibles	15
Recuadro 4. Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza	16
Recuadro 5. Principales resoluciones de la OPS y de la OMS relacionadas con la salud urbana	33
Recuadro 6. Guarulhos y el buen gobierno para el desarrollo sostenible	37
Recuadro 7. Sistema Municipal de Prevención y Atención de Desastres (SIMPAD) de Medellín, Colombia	38
Recuadro 8. Acuerdos y tratados pertinentes que tienen por objeto la preservación de los recursos naturales	43
Recuadro 9. Programa Regional de Acción y Demostración de Alternativas Sostenibles para el Control de Vectores de la Malaria sin Uso de DDT en México y Centroamérica (Proyecto DDT/PNUMA/GEF/OPS)	45
Recuadro 10. Resumen de las opciones más eficaces para combatir las enfermedades no transmisibles	50
Recuadro 11. Principios esenciales de la estrategia y plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles	52
Recuadro 12. El caso de Bolivia: medidas estratégicas para enfrentar el cambio climático en el periodo 1995-2011. (Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia, 2011)	58
Recuadro 13. Áreas estratégicas del plan de acción sobre el cambio climático	59
Recuadro 14. Paradigmas convergentes en cuanto al desarrollo y la salud para el trabajo entre sectores	64

SIGLAS

APS	Atención primaria de salud
AVAD	Años de vida ajustados por discapacidad
CMNUCC	Convenio Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático
DSS	Determinantes sociales de la salud
EII	Enfermedades infecciosas intestinales
ECNT	Enfermedades crónicas no transmisibles
GEF	Global Environment Facility (por sus siglas en inglés)
GOARN	Red Mundial de Alerta y Respuesta a Brotes Epidémicos
IRA	Infecciones respiratorias agudas
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
RSI	Reglamento Sanitario Internacional
TAR	Tratamiento antirretrovírico
TB	Tuberculosis
VIH/sida	Virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida

PRÓLOGO

La Cumbre de la Tierra de Río de Janeiro en 1992 impulsó esfuerzos importantes en los países de la Región de las Américas, que han sido paulatinamente adoptados en las políticas gubernamentales y del sector privado, así como en la búsqueda social de las soluciones para lograr un desarrollo sostenible. La contundencia de la evidencia sobre los efectos del cambio climático demostró con claridad la necesidad de abordar las políticas públicas regionales de forma integrada y de garantizar que estas consideren la salud de las personas como una prioridad; sólo de esta forma se puede asegurar la pertinencia de las políticas públicas para la sostenibilidad del desarrollo.

La contribución del sector de la salud al desarrollo sostenible debe resultar de todos los componentes del sistema de salud; no es contribución exclusiva de lo ambiental, ni mucho menos del ámbito de acción de la salud ambiental. La persistencia de las enfermedades desatendidas, infecciosas reemergentes y crónicas no transmisibles se ha convertido en una creciente amenaza a la sostenibilidad de las economías y a la integridad de las relaciones sociales. Compete a todos en los programas de salud, a la prestación de servicios y a la protección contra los riesgos, identificar y orientar nuestra contribución hacia la sostenibilidad. Como afirma la propia declaración de Alma Ata de 1978: *“La promoción y protección de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de la vida y a alcanzar la paz mundial”*.

Este informe busca documentar cómo ha avanzado la Región de las Américas en las últimas décadas en relación a la Agenda 21, y cuáles son sus retos y su actual legado para construir su futuro en salud.

El presente documento se basa en informes de país e integra y sintetiza, desde una perspectiva regional, los avances de los países y rescata los aspectos esenciales para apoyar la construcción de los esfuerzos futuros. Al profundizar en mayor detalle el tema de la salud, complementa el informe interagencial coordinado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) sobre la sostenibilidad del desarrollo a 20 años de la Cumbre de la Tierra.

Las tareas por delante son asegurar y mantener la centralidad de las personas en el devenir del crecimiento de las naciones, y fomentar un sector salud activo en el diálogo intersectorial para modular positivamente la acción de otros sectores sobre la salud. De este modo, se podrá lograr una Región donde las personas puedan vivir libremente sin temor, sin carencias, con dignidad y base fuerte para avanzar hacia un desarrollo sostenible y con equidad.

Carissa F. Etienne

Directora

Organización Panamericana de la Salud

PREFACIO

Los últimos cuarenta años han estado marcados por una serie de hitos históricos en el reconocimiento de la relación del ser humano con su entorno. Uno de estos hitos históricos fue la Cumbre de Estocolmo sobre el Medio Ambiente en 1972, en la que se destacó el impacto de la actividad humana en el ambiente, así como el efecto del ambiente sobre la salud de las poblaciones. A pesar de que posteriormente al Informe Bruntland: Nuestro Futuro Común¹ se utilizó por primera vez el término *desarrollo sostenible*, fue en la Cumbre de la Tierra de Rio de Janeiro en 1992 el evento decisivo donde se establecieron los principios desde entonces fundamentales de la sostenibilidad. Entre ellos se encuentra que los seres humanos están en el centro de las preocupaciones por el desarrollo sostenible, y tienen el derecho a una vida saludable y productiva en armonía con la naturaleza.

Las Cumbres de Johannesburgo del 2002 y de Rio de Janeiro del 2012 reafirmaron, ajustaron el rumbo y complementaron los temas que se deben considerar en la elaboración de las políticas y programas de desarrollo sostenible, incluyendo el análisis de riesgos, cambio climático, enfermedades crónicas y otros. Se suma a esto el lanzamiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (2000), la Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud (2006), la Atención Primaria en Salud Renovada (2008), la Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre las Enfermedades No Transmisibles (2011), y la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud (2011).

Todas estas iniciativas no solo incorporaron y avanzaron el tema de la sostenibilidad sino también ayudaron a definir el marco de referencia para los esfuerzos en desarrollo sostenible. En paralelo, los gobiernos, el sector privado y la sociedad han incorporado en distinto grado las consideraciones necesarias para avanzar hacia el desarrollo sostenible.

En el proceso de preparación para la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible de Rio de Janeiro del 2012, la Organización Panamericana de la Salud se enfocó en dos líneas. La primera fue sumar esfuerzos con la Organización Mundial de la Salud (OMS) para asegurar el posicionamiento de los temas de salud en los documentos base de la Conferencia; y la segunda fue apoyar la participación de los países en las negociaciones que se realizaron antes y durante la Conferencia.

El proceso de preparación de los países tuvo a su vez dos vertientes; una de ellas fue la preparación de los informes de país sobre sus avances en desarrollo sostenible y salud (que son los insumos de este documento) y, la otra, la discusión a través de webinars semanales sobre el conocimiento más actualizado sobre los temas a negociarse en el documento de resultados de la Conferencia; este último será motivo de otra publicación.

En noviembre del 2011 tuvo lugar una reunión de consulta de expertos en São Paulo, Brasil, donde se realizó una primera revisión de la situación regional y se planteó la orientación para conocer el nivel de avance y los retos de los países en la Región. La discusión activa y comprometida que tuvo lugar durante esta reunión ayudó a los interesados clave a comprender la importancia de los procesos de desarrollo sostenible que se llevan a cabo en toda la Región. De esta reunión se derivó un estudio destinado a evaluar los avances regionales en la Agenda 21 desde el año 1992; esta encuesta se centró en particular en el capítulo 6 del Programa 21.

¹ World Commission on Environment and Development (1987). *Our Common Future*. Oxford: Oxford University Press. Disponible en: <http://www.un-documents.net/wced-ocf.htm> [consultado el 26 de noviembre del 2012]

PREFACIO

En el presente informe se busca sintetizar los resultados del proceso realizado en el curso del estudio a nivel regional y de los países. Está organizado con base en los ejes temáticos del Capítulo 6 de la Agenda 21 y los temas importantes que emergieron posteriormente a la Cumbre de Río en 1992, entre ellos las agendas de lucha contra las enfermedades no transmisibles, de salud y cambio climático.

Este informe ilustra una Región que ha transformado su capacidad de cobertura de servicios de salud y que ha atacado frontalmente las enfermedades transmisibles. Ahora la Región enfrenta los rezagos del desarrollo inequitativo y la muy rápida y poco planeada urbanización, con una capacidad creciente pero aun limitada de proteger a su población frente a los riesgos ambientales. La Región también enfrenta los desafíos de una epidemia mundial de enfermedades crónicas no transmisibles que causa distintos impactos en varios de sus países, y de la vulnerabilidad existente frente a los embates derivados del cambio climático. Se espera que este informe sirva de balance en el camino.

Estos retos requieren determinar con mayor rigurosidad el papel de los Ministerios de Salud para garantizar que sus programas sustantivos definan más claramente sus roles en cuanto a la sostenibilidad, así como en el trabajo intersectorial en cuanto a la modificación de los determinantes de salud y la participación en la planificación urbana.

La población espera que un sistema de salud equitativo no solo ofrezca una cobertura de servicios de atención médica curativa, sino también un blindaje frente a los riesgos a la salud que no puede evitar ni contender individualmente; solo así la salud será un verdadero insumo para el desarrollo.

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud enfrentan ahora la tarea de servir de secretaría técnica de la Región en el proceso hacia el logro de las nuevas metas mundiales de desarrollo sostenible post 2015. El documento “El Futuro que Queremos”, resultante de la reciente Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible de Río de Janeiro, propone que estas nuevas metas se construyan a partir de un proceso consultivo amplio. Lo que esto signifique para la Región y el impacto que tenga en las políticas y los recursos de cada uno de los países estará fuertemente influido por la capacidad del sector de la salud de permear las políticas y el conocimiento social y de sumar esfuerzos para lograr la construcción de metas que sean compartidas por todos los países y segmentos sociales.

La OPS/OMS agradece a las personas que contribuyeron a la preparación de los informes nacionales que sirvieron de base para este informe y al personal técnico de la OPS/OMS que contribuyó a completar la información regional, en especial a Carlos Corvalán, Mario Cruz, Carolina Espina, Jacobo Finkelman, María Cristina Franceschini, Samuel Henao, Alysson Lemos, Newton Lemus, Santiago Nicholls, Mara Oliveira, Pedro Orduñez, Carlos Santos-Burgoa y Alfonso Tenorio.

Luiz Augusto C. Galvão

Gerente, Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental
Organización Panamericana de la Salud

Resumen



La Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo, conocida como Río 92 o Cumbre para la Tierra, se centró en los aspectos políticos, sociales, económicos y estratégicos necesarios para alcanzar un desarrollo sostenible.

El capítulo 6 del Programa 21 adoptado en esa ocasión fue especialmente importante para el sector de la salud, puesto que en él se señala la relación entre la salud y el desarrollo sostenible en torno a cinco ejes: 1) el fortalecimiento de la atención primaria de la salud; 2) la lucha contra las enfermedades transmisibles; 3) la protección de los grupos vulnerables; 4) la salud urbana; y 5) la reducción de los riesgos para la salud derivados de la contaminación y los peligros ambientales. Dos temas de importancia para la salud pública emergieron después de Río 92: la creciente epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y el vínculo entre la salud y el cambio climático.

Estos temas forman la base de este informe en el que se analizan los avances de la Región de las Américas entre 1992 y el 2012. Dieciocho países de la Región contribuyeron a este proceso de análisis, que a nivel nacional estuvo a cargo de los Ministerios de Salud correspondientes y contó con la participación de diferentes sectores previamente identificados. En el presente informe se analizan las brechas, los temas emergentes y las perspectivas para el futuro en cada una de las siete áreas temáticas. En la última sección se proponen recomendaciones y líneas estratégicas para la acción.

La atención primaria de salud

En esta Región aumentó la esperanza de vida, disminuyó la mortalidad infantil y mejoraron los índices de mortalidad por enfermedades transmisibles, la tasa de alfabetización, la cobertura de vacunación y el acceso al agua potable y a servicios de saneamiento. Además, se formaron iniciativas para ejecutar el enfoque de *salud en todas las políticas*.

Los beneficios de los avances en los indicadores sociales y de salud de la Región no han llegado a todos los grupos y poblaciones por igual, lo cual produce disparidades injustas en la morbilidad, la mortalidad y el acceso a los servicios de salud. El sector de la salud debe tomar medidas dentro del mismo sector, a fin de mejorar la equidad en materia salud, por ejemplo, promover la cobertura universal de la atención sanitaria en los países de la Región.

Es fundamental lograr compromisos a nivel nacional y subnacional sobre la creación de espacios eficaces de participación, planificación operativa, coordinación, seguimiento y evaluación de las medidas intersectoriales.

La lucha contra las enfermedades transmisibles

Entre 1992 y el 2012, la Región registró avances con respecto a la prevención y el control de las enfermedades transmisibles, como la malaria y las enfermedades desatendidas. La mortalidad, por enfermedades infecciosas a lo largo de los dos últimos decenios, se redujo significativamente gracias al posicionamiento del tema a un alto nivel de prioridad regional y de los países, a la adopción de directrices fundamentadas en datos probatorios, a la cooperación entre los países y a un importante financiamiento internacional.

La carga de las enfermedades transmisibles continúa siendo elevada, en especial en los menores de cinco años y en las poblaciones de ingresos bajos y un menor nivel de escolaridad. La epidemia de cólera en Haití y la República Dominicana en el 2010 fue considerada una de las peores de la historia moderna del continente americano.

La Región avanzó en la prevención de las enfermedades inmunoprevenibles. Se han establecido programas de vacunación dirigidos a toda la familia y se han fortalecido los programas de vigilancia epidemiológica en todos los países. Esto ha sido posible en parte gracias a la puesta en marcha de mecanismos financieros que contribuyeron a que las vacunas puedan ser adquiridas a precios más asequibles por los países.

Entre 1990 y el 2009, se redujeron en la Región la prevalencia y la mortalidad por tuberculosis. Entre el 2001 y el 2009 la tasa estimada de nuevas infecciones por VIH también disminuyó. Todos los países de la Región han puesto en marcha políticas y programas de acceso gratuito al tratamiento antirretrovírico. Las muertes por sida y la transmisión vertical continúan disminuyendo gracias al acceso universal al tratamiento antirretrovírico (TAR) y a medidas preventivas dirigidas a las embarazadas. Hay una tendencia al aumento de la incidencia de la infección por el VIH/sida en adolescentes, jóvenes y mujeres.

Para avanzar en la lucha contra las enfermedades transmisibles es necesario: 1) garantizar la sostenibilidad de la eliminación

de las enfermedades inmunoprevenibles, manteniendo alta la cobertura de la vacunación, principalmente en los grupos poblacionales con dificultades de acceso a los servicios de salud, 2) reorientar los programas nacionales hacia la prevención, el control y la eliminación de las enfermedades transmisibles y las enfermedades desatendidas; y 3) mejorar la vigilancia, la prevención y el control de las enfermedades emergentes.

La protección de los grupos vulnerables

La situación de vulnerabilidad de ciertos grupos de la sociedad ocupa un papel destacado en los programas de políticas públicas. Los principales logros y brechas incluyen:

Población infantil: Se redujo la mortalidad infantil y la prevalencia de la malnutrición. Algunos países elaboraron marcos legales para la protección de la salud del niño y el adolescente. La mortalidad y la carga de enfermedades en menores de cinco años sigue siendo elevada y persisten el trabajo infantil y la desnutrición crónica en las familias de ingresos bajos.

Población joven: Se crearon servicios integrales de salud para los adolescentes y programas dirigidos a las madres adolescentes. Los problemas alimentarios por sobrepeso y desnutrición crecen y no son abordados adecuadamente. Las tasas de embarazo en adolescentes siguen siendo elevadas, en especial en familias de ingresos bajos y poca escolaridad. No se brinda atención integral a los jóvenes con problemas de consumo de drogas y alcohol. La alta deserción escolar y los índices de violencia siguen afectando a muchos países de la Región.

Mujeres: Aumentó la cobertura de la atención prenatal y el número de partos en establecimientos de salud, y se crearon observatorios y programas para reducir la violencia contra la mujer y para brindar subsidios a jefas de hogar en extrema pobreza. Han disminuido los índices de mortalidad materna y de la transmisión materno-infantil del VIH y ha aumentado la educación orientada a la mujer y el acceso de la mujer a los ámbitos universitarios, políticos y de gestión. En algunos países, no se cuenta con políticas de salud que incorporen una perspectiva de género. La mortalidad materna sigue siendo alta en algunos países, especialmente en los estratos socioeconómicos bajos, y se observa un incremento de la violencia doméstica.

Adultos mayores: Aumentó la asistencia pública geriátrica. Hay avances en cuanto a la creación y ampliación de progra-

mas de protección social. Algunos países promulgaron políticas y programas nacionales de atención integral de salud dirigidos a los adultos mayores. Se ha registrado un incremento de las ECNT y los trastornos mentales en este grupo de población. El abandono y los programas de protección social insuficientes siguen siendo una realidad en muchos países.

Personas discapacitadas: Se avanzó en la elaboración de normas para la protección de las personas discapacitadas y en la creación de programas nacionales. Los marcos regulatorios existentes son débiles en su mayoría y hay deficiencias en la atención sanitaria.

Comunidades indígenas: Varios países han establecido políticas nacionales de salud indígena con un enfoque intercultural en el que se pretende combatir la pobreza y con la conformación de consejos de salud indígena. Se han generado políticas estatales y marcos legales en reconocimiento de los derechos de los pueblos indígenas. Los programas multi e interculturales presentan escasa cobertura y baja calidad. La carga de las enfermedades desatendidas sigue siendo elevada en este grupo. Resulta crucial aumentar la capacitación y la formación sobre la interculturalidad. Existen brechas importantes en relación con los avances en los indicadores de salud (esperanza de vida, tasa de mortalidad infantil y materna, altas tasas de tratamientos y elevado porcentaje de defunciones por tuberculosis).

La salud urbana

La rápida urbanización supone un reto extraordinario para la salud que no ha sido abordado plenamente en las políticas, las estructuras y los servicios de salud, y que produce una brecha entre las necesidades de la población y la respuesta del sector de la salud.

La Región se destaca por diversos avances metodológicos e iniciativas en cuanto a la salud urbana como la estrategia de "Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables", el Proyecto GEO Salud, y la iniciativa "Rostros, Voces y Lugares". También se destaca la creación de Observatorios de Salud Urbana que ayudaron a fortalecer la capacidad institucional para el desarrollo de la investigación en materia de salud y de temas urbanos de estudio. La creación de redes nacionales de ciudades y municipios saludables, de viviendas saludables y de escuelas promotoras de la salud es un avance en la Región.

Los países señalaron como temas de preocupación las altas tasas de migración rural-urbana, la pobreza, los desplazamientos y los desastres como determinantes de las condiciones precarias de las viviendas.

La violencia se concentra en las ciudades y en las zonas más pobres y marginadas. La residencia en zonas urbanas se ha relacionado con un mayor consumo de alcohol, principalmente en los estratos socioeconómicos y con niveles educativos más bajos. La urbanización es un determinante social del tabaquismo debido a la mayor exposición a prácticas agresivas de mercadotecnia y la debilidad de los entornos regulatorios.

En los dos últimos decenios aumentó el acceso al agua potable en América Latina y el Caribe, principalmente en las zonas urbanas. El acceso a condiciones básicas de saneamiento también fue superior en las zonas urbanas. Entre el 2002 y el 2010, la proporción de la población urbana beneficiada por los servicios adecuados de recolección de desechos sólidos superó al crecimiento poblacional urbano; sin embargo, estos logros no fueron uniformes en todos los países o dentro de un mismo país. También se avanzó en cuanto a la legislación específica con directrices para políticas de agua y saneamiento sustentadas en el diagnóstico de la prestación de los servicios en las zonas urbanas. Se destaca el reto de atender a los barrios marginales con viviendas de baja calidad, la falta de acceso a servicios básicos y de tratamiento de las aguas servidas, y la vigilancia de la contaminación química de las fuentes de abastecimiento. La descarga de residuos urbanos sin tratar en cuencas y manantiales es un tema emergente en varios países.

Se han registrado avances con respecto a la seguridad vial por la elaboración de marcos institucionales para regular el tránsito vehicular, la adopción de legislación que promulga una tolerancia cero frente al consumo de alcohol y la conducción, y medidas para asegurar el cumplimiento de la ley sumadas a campañas de educación. Faltan políticas nacionales que apoyen la inversión en servicios de transporte público accesibles y la promoción del transporte no motorizado (por ejemplo, bicicletas).

Hay brechas en cuanto a la incorporación del tema de la equidad en materia de salud en las políticas de otros sectores, la adaptación de los servicios de salud a las necesidades de la población urbana, la promoción de la elaboración de programas de salud para los migrantes y la adopción de una

estrategia que integre la salud urbana en las políticas de ordenamiento territorial y desarrollo urbano.

Es necesario fortalecer la prevención y la preparación ante los desastres, y los procedimientos de evaluación de los riesgos de desastres y de la respuesta del sector, por medio de simulacros y de las enseñanzas extraídas, un tema especialmente acuciante para las ciudades.

La reducción de los riesgos para la salud derivados de la contaminación y los peligros ambientales

La carga de enfermedad por factores medioambientales en los países en desarrollo es más elevada que en los países desarrollados, debido a las condiciones de mayor vulnerabilidad y de exposición, así como a un acceso más limitado a los servicios de salud.

Se lograron avances metodológicos en cuanto al monitoreo y la evaluación de la calidad ambiental, y la medición de la exposición humana a diversos contaminantes. Se han realizado progresos en innovaciones tecnológicas ecológicamente más sustentables.

En América Latina y el Caribe, la contaminación del aire de interiores continúa siendo un riesgo en países de ingresos bajos, en particular para las mujeres y los niños.

La exposición a contaminantes químicos en la Región continúa siendo un tema al que no se le presta suficiente atención. Se ha reducido la exposición a algunos contaminantes, como el plomo, el mercurio y el asbesto. Persisten desafíos relacionados con el uso de sustancias químicas, como los plaguicidas y los compuestos orgánicos persistentes.

Se establecieron redes de monitoreo de la calidad ambiental del aire, el agua y el suelo, y se mejoraron los inventarios de fuentes de emisiones de contaminantes. Se amplió la cobertura y la eficiencia de los programas y las medidas de control de emisiones y de reducción de la exposición humana a los contaminantes.

Los marcos legales y las normas relacionados con la salud ambiental no han sido actualizados en general y no reflejan los criterios y las recomendaciones internacionales ni las condiciones y el nivel de desarrollo de los países. La capacidad

de respuesta de las instituciones nacionales responsables de la salud ambiental es insuficiente.

La comunicación de riesgos no se organiza en forma sistemática. El intercambio de información y experiencias entre investigadores, académicos y gestores de los servicios de salud ambiental es insuficiente. Los avances en la protección de los trabajadores contra exposiciones tóxicas peligrosas no se han documentado adecuadamente en los informes de país.

Entre los temas emergentes se destacaron: los grandes daños ambientales y sanitarios asociados con las actividades extractivas y mineras; el incremento en la frecuencia y la gravedad de los accidentes y desastres naturales y tecnológicos; la degradación ambiental progresiva que está afectando a la resiliencia de los ecosistemas y la salud humana; y la insuficiente evaluación de riesgos asociados con la innovación tecnológica.

Las enfermedades crónicas no transmisibles

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), principalmente las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas, constituyen la principal causa de mortalidad y de costos sanitarios evitables en la Región. La carga de muertes prematuras y de discapacidad por ECNT plantea graves consecuencias para el desarrollo social y económico, y puede aumentar las desigualdades entre países y poblaciones. La pérdida de productividad y el impacto en el crecimiento económico de las ECNT pone en riesgo la estabilidad de los sistemas de pensiones en varios países de la Región.

El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco ha sido ratificado por 29 países de la Región y ha conducido a la adopción de medidas de control del tabaco eficaces en función de los costos. El tabaquismo está aumentando en las mujeres, especialmente en las más jóvenes. Se observa un aumento del consumo nocivo del alcohol y otras sustancias psicoactivas en los adolescentes.

La obesidad y el sobrepeso, especialmente en la niñez, son un problema creciente en la Región, especialmente en las mujeres en casi todos los países a causa del escaso consumo de frutas y verduras y de la prevalencia elevada de la inactividad física.

Los países de la Región han reconocido a las ECNT y sus factores de riesgo como los mayores causantes de mortalidad y de discapacidad prevenibles. La cobertura y la calidad de los cuidados ofrecidos para las personas con alguna ECNT son inadecuadas en la mayor parte de la Región. Falta mayor conciencia entre los responsables de adoptar decisiones acerca del impacto de las ECNT sobre la economía y el desarrollo de los países.

Varios países han establecido mecanismos nacionales de acción multisectorial. Se han fortalecido los sistemas de vigilancia de las ECNT y sus factores de riesgo, y se ha avanzado en la ejecución de medidas de promoción de la salud y de prevención de las ECNT en la Región. La adopción de medidas relacionadas con los estilos de vida saludables, como la promoción de la actividad física, la dieta saludable, el control de tabaco y alcohol, continúa siendo baja.

El cambio climático

El cambio climático representa un desafío importante para la salud. Los desastres, las sequías y las enfermedades causadas por el cambio climático pueden generar problemas sociales y económicos, como el desplazamiento de grupos poblacionales. El avance más reciente en la Región fue la aprobación de la *Estrategia y plan de acción sobre el cambio climático* por el Consejo Directivo de la OPS/OMS en el 2011.

La falta de capacidad y sensibilización en las diversas instituciones de gobierno, incluido el sector de la salud, dificulta la adopción de medidas para abordar el cambio climático. En varios países, no existen los sistemas de información o no están lo suficientemente desarrollados con respecto al tema del cambio climático y la salud.

La falta de conocimientos acerca de las vulnerabilidades y el impacto del cambio climático a nivel local impiden que el sector de la salud participe más eficazmente en la elaboración de proyectos de adaptación y dificulta el financiamiento internacional.

El sector de la salud puede contribuir al medir su huella de carbono y determinar las áreas en las que se pueden reducir las emisiones.

Los informes de los países resaltan la preocupación con respecto al tema de agua y la amenaza a las reservas naturales

de agua ya sea por salinización en los estados insulares, por aumento de las sequías en otros, o por reducción de los glaciares en los países andinos. Algunos países han realizado evaluaciones de las vulnerabilidades y del impacto para la salud, y han comenzado a dar respuestas institucionales en forma de planes nacionales.

Algunas reflexiones finales

La salud es considerada como un insumo para el crecimiento y la base para la sostenibilidad del desarrollo. Entre los principales retos que la Región debe afrontar desde la perspectiva de la salud se destacan:

- Avanzar hacia una integración amplia de la atención primaria de salud, que a la vez se vincule a redes integradas de servicios encaminadas a la cobertura universal.
- Establecer la estructura intersectorial que permita abordar los determinantes sociales y ambientales de la salud tanto al nivel local como central.
- Actuar en la modificación de los determinantes de la inequidad que afectan la salud y limitan el desarrollo sostenible, de manera de nivelar el gradiente social y buscar que la propia prestación de los servicios favorezca la equidad.
- Impulsar la higiene, la vigilancia epidemiológica, el monitoreo y el control de los factores ambientales que repercuten en las enfermedades infecciosas, ampliando las redes nacionales de prevención y control, y abordando las enfermedades desatendidas.
- Atender a las poblaciones vulnerables, acercando la prestación de servicios de salud, y vinculándolos intersectorialmente, en especial en cuanto a las mujeres en situación de vulnerabilidad, los migrantes, los indígenas y las personas discapacitadas.
- Establecer un diálogo con los planificadores urbanos y los profesionales del área de infraestructura (transporte,

energía, agua y saneamiento) y ejecutar la *Estrategia y plan de acción sobre la salud urbana*.

- Eliminar la complacencia en el rezago y la acumulación de consecuencias para la salud de la contaminación ambiental. En especial, fortalecer la capacidad institucional para el manejo de los riesgos para la salud, tanto en términos regulatorios como no regulatorios, e incluir en este tema los incentivos económicos.
- Abordar la epidemia de las ECNT que atenta contra el crecimiento económico y el desarrollo, para lo que resulta esencial el abordaje de toda la sociedad (todos los sectores del gobierno, el sector privado y la sociedad civil) planteado en la *Estrategia y plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles*.
- Avanzar a nivel regional, nacional y subnacional en las evaluaciones de vulnerabilidad y planteamientos de adaptación al cambio climático, en seguimiento a la *Estrategia y plan de acción sobre el cambio climático*.

También se deben reorientar las políticas y las intervenciones a fin de reducir las inequidades; avanzar hacia la cobertura universal en materia de salud; avanzar hacia la economía y el trabajo ecológicos; fomentar que las ciudades sean sostenibles y saludables; garantizar que la alimentación sea saludable, que los alimentos sean asequibles y que la agricultura y la ganadería adopten prácticas adecuadas; y promover la energía sostenible.

La salud es una manera de medir el progreso con respecto al desarrollo sostenible. Los indicadores de salud pertinentes proporcionan un medio eficaz de medir el progreso por medio de herramientas de nueva generación y nuevas métricas que permiten seguir de una manera más integral los progresos y brechas. Los indicadores de desarrollo saludable pueden ayudar a determinar los casos exitosos, las barreras y la medida en que los beneficios de las economías más verdes se distribuyen equitativamente.

Introducción



Antecedentes

La Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo, conocida como Río 92 o Cumbre para la Tierra, se centró en los aspectos políticos, sociales, económicos y estratégicos necesarios para alcanzar un desarrollo sostenible. Los principales acuerdos se plasmaron en los 40 capítulos del Programa 21.² La Declaración de Río sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo (Naciones Unidas, 1992) hizo hincapié en los principios que rigen las interrelaciones entre los aspectos económicos, sociales y ambientales para un desarrollo sostenible.

Desde entonces, la democracia continúa avanzando en la Región de las Américas, la economía se ha estabilizado e integrado y se ha registrado un crecimiento que aspira a lograr una mayor equidad. Además, se ha convertido en una región predominantemente urbana, y proveedora mundial de materias primas y procesadas. Estos procesos han tenido como resultado profundos cambios demográficos, caracterizados primordialmente por un bono demográfico en el Sur e importantes cambios epidemiológicos como el incremento de la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT).

Las recomendaciones y los productos de la Conferencia de Río 92 fueron incorporados en las agendas de los ministros de salud y ambiente de la Región, y en las reuniones celebradas en Washington, D.C. (1995), Quebec (Canadá, 2002), y Mar del Plata (Argentina, 2005). En Centroamérica, entre los años 1992 y 1994 se llevaron a cabo tres reuniones subregionales a nivel ministerial entre los sectores de la salud y el medio ambiente. En todos estos eventos se analizaron las recomendaciones y cursos de acción emanados de la Conferencia de Río 92, y se marcaron las pautas y prioridades por delante.

La salud y el desarrollo sostenible

La Cumbre para la Tierra fue un esfuerzo por conciliar la protección del ambiente con la sostenibilidad del desarrollo.

El primero de los 27 principios de la Declaración de Río sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo afirma que: “Los seres humanos constituyen el centro de las preocupaciones rela-

cionadas con el desarrollo sostenible. Tienen derecho a una vida saludable y productiva en armonía con la naturaleza”.

En el capítulo 6 del Programa 21 se señalan las bases, los objetivos, las actividades y los medios de ejecución para abordar la relación entre la salud y el desarrollo sostenible en torno a cinco ejes, tan relevantes hoy como entonces:

- 1) el fortalecimiento de la atención primaria de salud (APS);
- 2) la lucha contra las enfermedades transmisibles;
- 3) la protección de los grupos vulnerables;
- 4) la salud urbana; y
- 5) la reducción de los riesgos para la salud derivados de la contaminación y los peligros ambientales.

Dos temas de gran importancia para la salud pública emergieron después de Río 92: la creciente epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles y el vínculo entre la salud y el cambio climático.

La situación de la salud y su contexto

Desde la Conferencia Río 92, la Región de las Américas ha experimentado profundos cambios demográficos, epidemiológicos, políticos, culturales, sociales, económicos, tecnológicos y ambientales, que han modificado de manera sustantiva todas las esferas de la vida cotidiana de la población.

Estas transformaciones están ocurriendo en forma concurrente y concomitante, con diferentes gradientes de intensidad, y afectan de distinta manera a cada uno de los países y a los diversos grupos poblacionales.

Como resultado de estas transformaciones, la Región de las Américas prosperó en muchos sentidos. Entre 1992 y el 2012, la población aumentó un 28%, pasando de cerca de 746 a 954 millones de habitantes (Naciones Unidas, 2012).

En la actualidad, la Región de las Américas es la más urbanizada del mundo. Se estima que el 82,2% de la población de América del Norte y el 79,1% de la población de América Latina y el Caribe vive en ciudades (UNDESA, 2009). La esperanza de vida pasó de 71,8 a 74,98 años y la longevidad

² Se puede consultar en: http://www.un.org/esa/dsd/agenda21_spanish/index.shtml

de la población continúa en aumento.³ Por primera vez en la historia de la Región, se observa la coexistencia de cuatro generaciones.

La mortalidad general disminuyó de 6,13 a 5,7 por 1.000 habitantes y la infantil (menores de 1 año) de 27,26 a 15,21 por 1.000 nacidos vivos, principalmente como resultado del descenso continuo y sostenido de las defunciones por causas infecciosas. El ingreso medio por habitante se duplicó y pasó de US\$ 4230 en 1992 a US\$ 8430 en el 2012.⁴

A pesar de las crisis económicas recurrentes que han afectado a la Región, en el 2010 América Latina y el Caribe registraron los niveles más bajos de pobreza (31,4%) y de indigencia (12,3%) (CEPAL, 2011); en Canadá y los Estados Unidos de América el 11% y el 15% de la población, respectivamente, vivía por debajo de la línea de pobreza (PHAC, 2009; US Census, 2010).

En el 2010, las ECNT representaron un 78% de todas las muertes registradas en la Región de las Américas (OPS/OMS, 2010). Actualmente, las ECNT se consideran como una de las grandes amenazas para el desarrollo por su gran impacto social y económico. A escala mundial, las ECNT representarán un gasto de US\$ 46,7 trillones de dólares en los próximos 20 años; casi la mitad (US\$ 21,3 trillones) en los países de ingresos medios o bajos, como la mayoría de los países de América Latina y el Caribe (WEF-HSPH, 2011). Esto tendrá como consecuencia una doble carga de enfermedad dado que, aunque la incidencia de las enfermedades transmisibles haya disminuido, sus niveles todavía siguen siendo preocupantes.

El cambio climático representa una grave amenaza para la seguridad planetaria. Sus efectos negativos directos e indirectos sobre la salud son considerados cada vez más importantes (OPS/OMS, 2011) y se relacionan principalmente con la emergencia o reemergencia de enfermedades transmisibles y de condiciones que favorecen los desastres en regiones con infraestructura vulnerable, además del impacto sobre poblaciones específicas como aquellas con padecimientos crónicos, los adultos mayores y otros grupos vulnerables.

³ Fuente: Indicadores Regionales de la OPS/OMS. Se pueden consultar en: <http://ais.paho.org/hip/viz/regionalindicatordashboard.asp>

⁴ Fuente: Indicadores Regionales de la OPS/OMS. Se pueden consultar en: <http://ais.paho.org/hip/viz/regionalindicatordashboard.asp>

Según la CEPAL (CEPAL, 2010), en el 2009, América Latina y el Caribe seguía siendo una de las subregiones más inequitativas entre las regiones en desarrollo, con un coeficiente de Gini de 0,52. Sin embargo, algunos estudios recientes apuntan a que la región tiende a mejorar proporcionalmente la distribución del ingreso (Lustig, 2011).

En la Región, la democracia se va ampliando y profundizando y, salvo excepciones puntuales, se han registrado importantes avances. La participación de la sociedad civil es cada día más visible y su empoderamiento mayor, en tanto que los países se insertan en forma más exitosa en los procesos de globalización.

A pesar de los progresos alcanzados, la Región vive una época de contradicciones. Mientras el mundo disfruta de tecnologías de gran sofisticación y la productividad aumenta cada día, la Región continúa devastando el medio ambiente y algunos sectores importantes de la población continúan excluidos de los beneficios sociales. Aunque mejoran los niveles de educación, surgen a la vez nuevas crisis asociadas con el tabaquismo, el consumo de sustancias psicoactivas, la depresión, la violencia y otros problemas atribuidos a la vida moderna.

Las distorsiones y contradicciones del modelo de crecimiento económico dominante, que ha privilegiado los intereses de las minorías y maximizado los beneficios en el corto plazo, han resultado en tres crisis concomitantes: la económica, la social y la ambiental, cuya sumatoria es de una complejidad sin parangón en la historia de la humanidad. Las crisis son onerosas y causan sufrimiento humano, además del despilfarro de las inversiones y la pérdida de recursos para el desarrollo futuro.

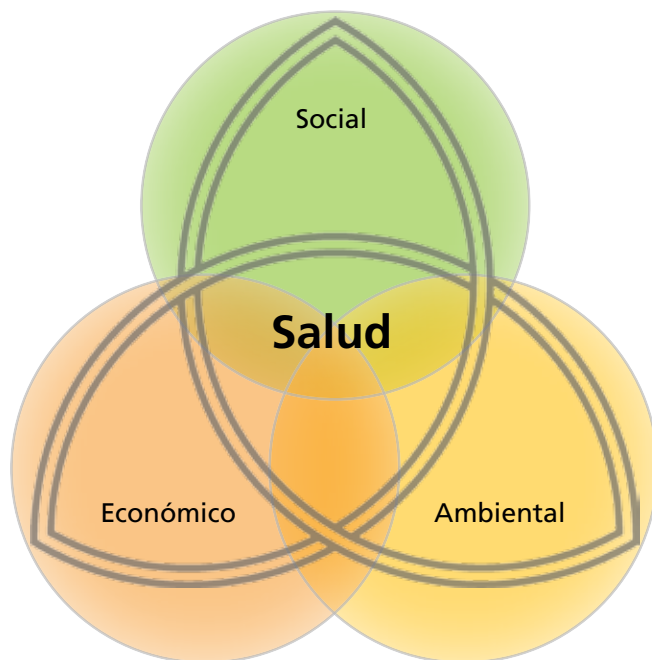
La Comisión sobre Macroeconomía y Salud (OMS, 2003)⁵ y la Comisión del Banco Mundial sobre el Crecimiento y la Salud (Spence and Lewis, 2009) han señalado que la salud es un insumo para el crecimiento y la base para el desarrollo y su sostenibilidad. Además de contribuir al desarrollo sostenible, la salud es a su vez un producto de la misma.

Los gradientes de salud representan un indicador relevante del estado de progreso y desarrollo de las sociedades. El informe final de la Comisión de la OMS sobre los Determi-

⁵ Se puede consultar información sobre la Comisión sobre Macroeconomía y Salud en: <http://www.who.int/macrohealth/en/>

nantés Sociales de la Salud (OMS, 2008) proporcionó nuevos elementos para entender la compleja interrelación entre la salud y los pilares sociales, económicos y ambientales del desarrollo sostenible. La figura 1 ilustra esta interrelación (OPS/OMS, 2012a).

Figura 1. La salud y el desarrollo sostenible.



Objetivo del informe

Este informe presenta un análisis de los avances logrados en la Región de las Américas en el período de 1992 al 2012 con relación a los cinco ejes estratégicos definidos en el capítulo 6 del Programa 21,⁶ a partir de la perspectiva ilustrada en la figura 1. También se incluye un análisis del progreso en torno a las ECNT y el cambio climático. Finalmente se brinda una reflexión sobre lo alcanzado y los retos pendientes.

Metodología

Dieciocho países de la Región participaron del proceso de análisis presentado en este informe.⁷ La metodología em-

pleada en la consulta con los países se definió durante una consulta regional realizada en São Paulo (Brasil), en noviembre del 2011 (OPS, 2012).

Para orientar el análisis, la OPS/OMS produjo una serie de guías de debate que facilitaron que se alcance el consenso en cada país con respecto a los temas abordados en este informe (OPS, 2012b) entre los meses de diciembre del 2011 y junio del 2012. Estas guías fueron objeto de pruebas piloto en la Argentina y Ecuador. El proceso de análisis realizado en los países estimuló el diálogo entre los actores clave involucrados y se convirtió en un foro de análisis sobre la manera en que se podía dar continuidad a los distintos temas de salud y desarrollo sostenible. Además se lo concibió como un aporte del sector de la salud a los procesos nacionales de preparación para Rio+20.

La coordinación del proceso de análisis a nivel nacional fue realizada por el Ministerio de Salud correspondiente, con la participación de diferentes sectores relevantes para cada uno de los ejes previamente determinados. Además de concretar cuáles fueron los avances y brechas, los países también analizaron los factores positivos y negativos subyacentes. Asimismo, identificaron los problemas emergentes más relevantes y sugirieron líneas de acción necesarias para su eventual corrección.

El análisis de cada uno de los ejes de concentración temática presentados en este informe se basó principalmente en la información incluida en los informes de país, que luego fueron complementados por la información publicada por la OPS/OMS y los organismos regionales en documentos temáticos regionales.

Limitaciones

En el Programa 21 no se definieron de manera explícita las metas que debían alcanzarse, lo que limitó el seguimiento sistemático a fin de comparar el progreso logrado con el transcurso del tiempo y entre los países. Esto se abordó de manera parcial para algunos aspectos relativos al alivio de la pobreza con los Objetivos de Desarrollo del Milenio del 2000. En función a esa limitación, los resultados incorporados en este informe se basaron en metodologías cualitativas y en dinámicas de grupo realizadas a nivel nacional.

República Dominicana, Saint Kitt y Nevis, Suriname y Uruguay.

⁶ En el capítulo 6 del Programa 21 Protección y Fomento de la Salud Humana se abordan específicamente los temas relativos a la salud: http://www.un.org/esa/dsd/agenda21_spanish/res_agenda21_06.shtml.

⁷ Argentina, Barbados, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Ecuador, El Salvador, Granada, Honduras, México, Panamá, Paraguay, Perú,

Bibliografía

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). 2010. Anuario estadístico de América Latina y el Caribe, 2010. División de Estadísticas y Proyecciones Macroeconómicas; Santiago, Chile. Diciembre del 2010.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). 2011. Panorama social de América Latina 2011. Santiago, Chile. Noviembre del 2011.

Lustig N, Ortiz-Juárez E, López-Calva L. 2011. The decline in inequality in Latin America: how much, since when and why. Tulane Economics Working Paper 1118. Tulane University; New Orleans, 2011. Disponible en: <http://econ.tulane.edu/RePEc/pdf/tul1118.pdf>

Naciones Unidas. 1992. Declaración de Río sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo. Disponible en: http://www.un.org/esa/dsd/agenda21_spanish/res_riodecl.shtml

Naciones Unidas. 2012. World Population Prospects 2010 Revision. Disponible en: <http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm>

Organización Mundial de la Salud (OMS). 2001. Invertir en salud. Resumen de las conclusiones de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud. Ginebra. 2001. Disponible en: http://www.who.int/macrohealth/infocentre/advocacy/invertir_en_salud_es.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS). 2008 Subsana las desigualdades en una generación. Informe Final de la Comisión de la OMS sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra. Disponible en; http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Health Situation in the Americas:

Basic Indicators 2010. OPS/OMS. Washington, DC. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=3528&Itemid=2395

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). 2011. Estrategia y plan de acción sobre el cambio climático. Documento CD51/6, Rev. 1. Septiembre del 2011.

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). 2012a. Salud y Desarrollo Sostenible en la Región de las Américas: Informe de la Reunión de Consulta. São Paulo, Brasil, 10-11 de Noviembre, 2011. OPS. Enero del 2012.

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). 2012b. Estrategia y Plan de Acción para la Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles. CE150/14, 27 de Abril, 2012.

Public Health Agency of Canada (PHAC). 2009. Statistics Canada. Disponible en: www.statcan.gc.ca/

Spence M, Lewis M. (eds). (2009). Health and Growth: Commission on Health and Growth. World Bank: Washington, DC.

United Nations Department of Economic and Social Affairs (UNDESA) Population Division. 2009. World Population Policies. Disponible en: <http://www.un.org/esa/population/publications/wpp2009/wpp2009.htm>

United States Census. 2010. Disponible en: <http://2010.census.gov/2010census/>

World Economic Forum and the Harvard School of Public Health (WEF and HSPH). 2001. The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases. Documento preparado por el Foro Económico Mundial y la Escuela de Salud Pública de Harvard. (2011). Disponible en <http://www.weforum.org/EconomicsOfNCD>.

EJE TEMÁTICO I

La atención primaria de salud



1. INTRODUCCIÓN

En la Región de las Américas, la atención primaria de salud (APS) varía enormemente de un país a otro debido a las peculiaridades del desarrollo histórico de la salud y la atención que se brinda a la salud en cada país, así como al legado de diferentes sistemas políticos y sociales.

El análisis según los ejes temáticos definidos por la Cumbre para la Tierra en 1992 apunta a la aplicación de un enfoque más relacionado con la APS selectiva.⁸

Este enfoque no aborda las causas fundamentales de los problemas de salud y orientar hacia la inclusión de un amplio rango de resultados que, en la práctica, exceden la responsabilidad directa del sistema de salud.

A partir del 2003, muchos países de la Región de las Américas iniciaron un proceso de renovación de la APS con vistas a reinterpretar y modernizar el enfoque y la práctica de la APS así como para prepararse para afrontar los desafíos de salud del siglo XXI. Este proceso se apoyó en el legado de la Declaración de Alma Ata (1978)⁹ y en las enseñanzas extraídas y las experiencias acumuladas durante más de 30 años.

Este enfoque moderno se resume en el concepto de “sistema de salud basado en la APS”, que la OPS/OMS define como: “un enfoque amplio de la organización y operación de los sistemas de salud” (OPS/OMS, 2007a).

Las medidas intersectoriales son necesarias para abordar los principales determinantes de la salud de la población y crear sinergias entre el sector de la salud y otros sectores y actores, tanto dentro como fuera de los servicios de salud. Esto incluye sectores como empleo y trabajo, educación, vivienda, agricultura y ganadería, producción y distribución de alimentos, medio ambiente, agua y saneamiento, protección social y planificación urbana (OPS/OMS, 2007a).

⁸ La atención primaria de salud selectiva se centra en los servicios básicos de atención médica y no cubre los demás aspectos de la APS.

⁹ La **Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata**, realizada en Kazajistán en 1978, emitió la **Declaración de Alma-Ata** que subraya la importancia de la atención primaria de salud como estrategia para alcanzar el mejor nivel de salud de los pueblos. Para más información se puede consultar: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm [consultado el 27 de junio del 2012].

La intersectorialidad en materia de salud implica que el sector de la salud trabaje con diferentes sectores y actores para asegurar que las políticas públicas estén alineadas a fin de maximizar su posible contribución a la salud y al desarrollo humano sostenible y equitativo. Para ello es necesario que el sector de la salud participe cuando se tomen decisiones acerca de las políticas de desarrollo.

En el recuadro 1 se resume el proceso de renovación del compromiso de los Estados Miembros de la OPS/OMS con la APS.

2. SITUACIÓN REGIONAL

Avances

La esperanza de vida al nacer ha aumentado seis años en promedio (OPS/OMS, 2007b) y, entre 1990 y el 2010, la tasa media de mortalidad de menores de 5 años en América Latina y el Caribe se redujo de 54 a 23 defunciones por 1.000 nacidos vivos (OPS, 2012). Se han observado mejoras significativas en los índices de mortalidad por enfermedades transmisibles, la tasa de alfabetización, la cobertura de vacunación y el acceso al agua potable y a servicios de saneamiento (OPS/OMS, 2007b). En general, la cobertura de los servicios básicos está aumentando aunque menos en las zonas rurales (OPS/OMS, 2007b).

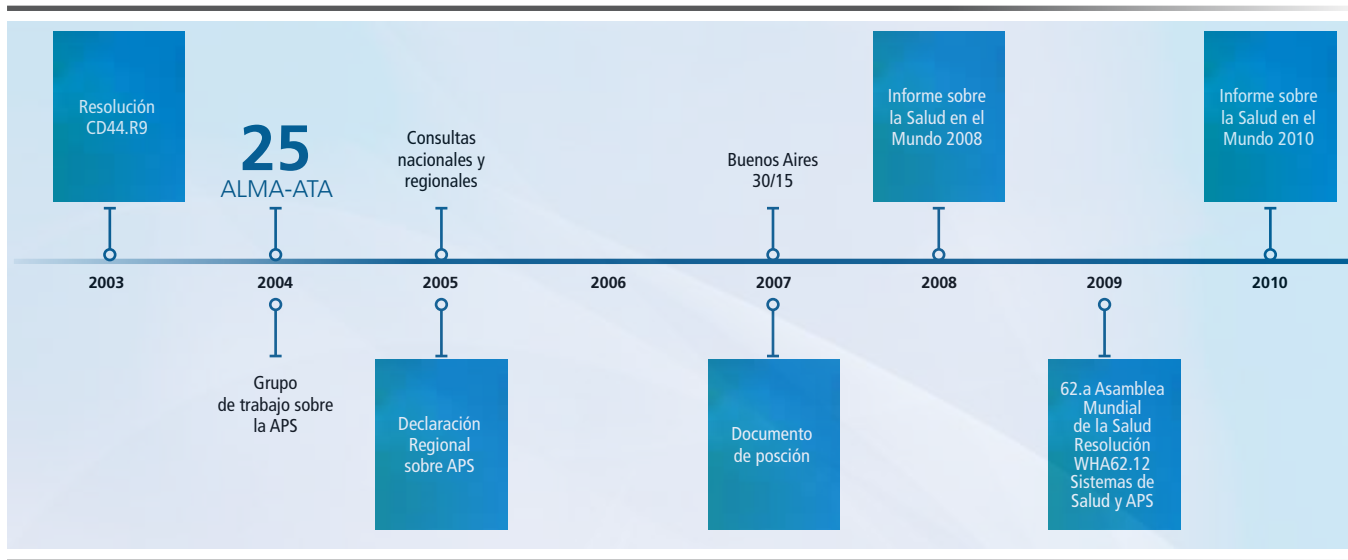
Brechas

Los beneficios de los avances en los indicadores sociales y de salud de la Región no han alcanzado a todos los grupos y poblaciones por igual, lo cual provoca disparidades injustas en la morbilidad, la mortalidad y el acceso a los servicios de salud.

La mala salud se traduce en aflicción, dolor, retraso del crecimiento económico y fracaso de los esfuerzos por erradicar la pobreza. Los más afectados son la población infantil de los países de bajos ingresos, las mujeres, los pueblos indígenas, los habitantes con poca escolaridad en las zonas rurales, los trabajadores migrantes, los trabajadores del sexo, los niños y niñas de la calle, y los ancianos.

También se encontraron brechas entre los países. Por ejemplo, las tasas de mortalidad en América Central y los países hispanohablantes del Caribe en el 2005 se acercan al promedio regional de comienzos de los años ochenta. Esas desigualdades se manifiestan en las grandes disparidades

Recuadro 1. La renovación de la atención primaria de salud en la Región de las Américas.



en el estado de salud, el acceso diferencial a los servicios, la desproporcionada exposición a riesgos para la salud, el abastecimiento de agua y el saneamiento poco seguros, la malnutrición, y la contaminación y la exposición a amenazas climáticas y geográficas (OPS/OMS, 2007b).

La acción intersectorial eficaz presenta diversos desafíos. En Argentina, por ejemplo, el sector de la salud ha tenido poca capacidad de convocatoria para la formulación y puesta en práctica de nuevos esquemas de gobernanza en las relaciones intersectoriales. Esto ha afectado en especial la colaboración con el sector ambiental, aun cuando los efectos de los desequilibrios ambientales representan una importante causa de la carga de enfermedad y muerte, sobre todo en las zonas con un grado menor de desarrollo y para las poblaciones vulnerables (Ministerio de Salud de la Argentina, 2012).

Una experiencia exitosa de colaboración intersectorial ha sido la del Uruguay con la creación del Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales y del Gabinete Social. Estas entidades han promovido una mejor articulación entre el sistema de salud y los programas de desarrollo social y ambiental en el país.

3. DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN EN LOS PAÍSES

En Chile, por ejemplo, la implementación de diversos programas incrementó la disponibilidad de infraestructura y el gasto en salud en la década del 2000, y produjo mejoras

en el estado de salud de la población; sin embargo, dichos avances no necesariamente mejoraron el acceso a los servicios de salud y los resultados en materia de salud para las poblaciones más vulnerables.

Por otro lado, los sucesivos cambios introducidos al Sistema de Garantías Explícitas en Salud¹⁰ y otras medidas como la promulgación de la ley que crea el Sistema Intersectorial de Protección Social e institucionaliza el subsistema *Chile Crece Contigo*¹¹ indican una mayor orientación hacia la APS renovada.

Varios países informaron sobre experiencias que se enmarcan en el compromiso de la Región de las Américas de transformar los sistemas de salud basados en la APS. Bolivia, Brasil, Canadá, Ecuador, El Salvador y Paraguay han iniciado o profundizado reformas estructurales de sus sistemas de salud orientadas por la APS, por ejemplo, con la creación de equipos multidisciplinarios para la atención integral de la salud responsables de un territorio y una población específicos.

¹⁰ El Sistema de Garantías Explícitas en Salud de Chile es un instrumento de regulación sanitaria elaborado de acuerdo al Plan Nacional de Salud que establece las prestaciones de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo, y los programas que el Fondo Nacional de Salud deberá cubrir a sus respectivos beneficiarios. Para más información se puede consultar: <http://www.redsalud.gov.cl/gesauge/ges.html>.

¹¹ Chile Crece Contigo es un programa que busca la equiparación de oportunidades de niños y niñas, desde el nacimiento hasta la edad escolar. Para más información se puede consultar: <http://www.crececontigo.cl/>.

Recuadro 2. Espacios, estructuras y mecanismos para la acción intersectorial en materia de salud: ejemplos de algunos países de la Región de las Américas.

ARGENTINA	Programa de Municipios y Comunidades Saludables
BARBADOS	Comité de Políticas Sociales del Gabinete de Barbados
BOLIVIA	Comités Intersectoriales y Consejos Municipales de Salud
BRASIL	Consejo Nacional de Salud y principio de gestión tripartita del Sistema Único de Salud
EL SALVADOR	Comisión Intersectorial en Salud (CISALUD), Foro Nacional de Salud y Consejos Locales de Salud
MÉXICO	Programa de Entornos y Comunidades Saludables y la Red Mexicana de Municipios por la Salud

México, Perú y Suriname están aumentando progresivamente el aseguramiento en salud mediante diferentes esquemas de seguros de salud. Estas experiencias confirman que los sistemas que se orientan hacia la APS logran mejores resultados en materia de salud, de manera más equitativa, al mismo tiempo en que alcanzan mayor satisfacción entre los usuarios y son más eficientes.

Otros aspectos importantes fueron los intentos por aplicar el enfoque de *salud en todas las políticas*, y la coordinación de esfuerzos de diferentes sectores e instituciones gubernamentales y no gubernamentales para lograr mejores resultados en materia de salud y desarrollo sostenible. Estos espacios, estructuras, o mecanismos (véanse algunos ejemplos en el recuadro 2) se encuentran en diferentes niveles de desarrollo y ejecución.

4. PERSPECTIVAS FUTURAS

Entre otros temas, la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible (Rio+20), celebrada en Rio de Janeiro en junio del 2012, se centró en la elaboración de un marco de referencia institucional para el desarrollo sostenible. Si bien este tema es de importancia mundial, es fundamental lograr compromisos a nivel nacional y subnacional para la creación de espacios eficaces de participación; la planificación operativa; y la coordinación, el seguimiento y la evaluación de las medidas intersectoriales que afectan la salud y el desarrollo humano sostenible, en especial en los estados descentralizados, donde la planifi-

cación y la coordinación requieren de instrumentos rectores más complejos.

Las personas esperan que sus sistemas de salud sean equitativos. Las raíces de las desigualdades en materia de salud residen en las condiciones sociales, muchas de las cuales están fuera del control directo del sistema de salud y tienen que enfrentarse mediante la acción intersectorial y transversal del gobierno en todos sus niveles.

Al mismo tiempo, el sector de la salud puede tomar medidas importantes dentro del propio sector para mejorar la equidad en materia de salud. El paso fundamental que un país puede tomar para promover la equidad sanitaria es acercarse lo más posible a la cobertura universal, lo que se hace garantizando a la población el acceso universal a una amplia gama de servicios de salud y a una cartera de beneficios del sector de la protección social.

La especialización excesiva de los proveedores de asistencia sanitaria y el foco estrecho de muchos programas de control de enfermedades desalientan un abordaje holístico de las necesidades de salud de los individuos y las familias y no aprecian la necesidad de la continuidad de la atención y el abordaje de los determinantes sociales de la salud (DSS). La conformación de Redes Integradas de Servicios de Salud puede ayudar a lograr varios de los elementos esenciales de la estrategia de APS, como la cobertura y el acceso universal; el primer nivel de atención; la atención integral, integrada, apropiada y continua; y la acción intersectorial (OPS/OMS, 2010).

Bibliografía

Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación (Argentina). 2012. Ejercicio de Métrica; Salud y Desarrollo. Informe enviado a la OPS/Argentina el 22 de marzo del 2012. Sin publicar.

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). 2007a. La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) Disponible en: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion_Primaria_Salud_Americas-OPS.pdf.

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). 2007b. Salud en las Américas 2007. Volumen regional, págs, 1-13.

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). 2010. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Disponible en: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Redes_Integradas_Servicios_Salud-Conceptos.pdf

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Estrategia y Plan de Acción para la Salud Integral de la Niñez, CE150/15, 6 de abril del 2012. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=6546&Itemid=39453&lang=en

EJE TEMÁTICO II

La lucha contra las enfermedades transmisibles



1. INTRODUCCIÓN

La persistencia, emergencia, reemergencia y propagación de las enfermedades transmisibles guardan una relación importante con las condiciones socioeconómicas y ambientales precarias.

Algunos factores adicionales que desempeñan un papel importante en las enfermedades transmisibles incluyen el deterioro ambiental, frecuentemente vinculado con los procesos productivos; la migración de las personas de las zonas rurales hacia las ciudades en busca de mejores condiciones de vida; la urbanización desordenada con condiciones deficientes de vivienda, una baja cobertura de servicios públicos básicos y dificultades de acceso a los servicios básicos de salud; así como la reducida participación de la población en los programas de control de estas enfermedades.

La propagación de enfermedades con alto potencial epidémico, como la gripe, se ve favorecida por la alta densidad urbana y la facilidad y frecuencia de los viajes internacionales (Chowell y Echevarría-Zuno et al., 2011). El cambio climático constituye otra amenaza latente por la posible emergencia o reemergencia de las enfermedades transmitidas por vectores.

En la medida en que los países se desarrollan se observa una disminución de la carga de las enfermedades transmisibles por un efecto combinado de varios factores como la mejora de las condiciones de vida, con la consecuente disminución de los factores socioeconómicos y ambientales de riesgo; la mejora de los sistemas de vigilancia epidemiológica, y de control y prevención; y un mayor y mejor acceso a los servicios de salud, incluida la APS.

2. SITUACIÓN REGIONAL

La mortalidad por enfermedades infecciosas se redujo significativamente a lo largo de las dos últimas décadas (OPS/OMS, 2011a). Esto fue consecuencia del posicionamiento del tema a un alto nivel de prioridad regional y de los países, de la adopción de directrices fundamentadas en datos probatorios, de la cooperación entre los países y de un importante componente de financiamiento internacional. Sin embargo, la carga de las enfermedades transmisibles continúa siendo elevada, en especial en menores de cinco años y en grupos poblacionales de ingresos bajos y menor nivel de escolaridad (OPS/OMS, 2012).

En el 2000 se creó la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos¹² (GOARN) con el objeto de mejorar la coordinación de la respuesta a brotes internacionales y de ofrecer un cuadro de apoyo operacional a los países. En la Región de las Américas existe una red regional que apoya a los países del continente al ofrecer asistencia técnica adecuada y contribuir a ampliar la capacidad de respuesta ante las epidemias.

En el recuadro 3 se brindan ejemplos de otras iniciativas importantes de lucha contra las enfermedades transmisibles en la Región.

3. DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN EN LOS PAÍSES

AVANCES

Malaria

Durante los últimos 10 años se redujeron en la Región los casos de malaria en un 52% y la mortalidad por malaria en un 68% (OMS, 2011). Sin embargo, el 90% de los casos de malaria que se registran anualmente en la Región ocurren en la cuenca amazónica de América del Sur (OMS, 2011).

Dengue

Actualmente, los cuatro serotipos del dengue circulan en la Región. Entre el 2000 y el 2009, se notificaron alrededor de 6,5 millones de casos, la mayoría en América del Sur (OPS/OMS, 2009a).

Enfermedades desatendidas

Desde la creación del Departamento de Control de las Enfermedades Tropicales Desatendidas en la OMS en el 2001 han ocurrido grandes avances en el control de estas enfermedades a nivel mundial.

La mayoría de los países de la Región de las Américas alcanzaron la meta de eliminación de la lepra en el primer nivel nacional desde el 2009. La interrupción de la transmisión de oncocercosis se alcanzó en el año 2011 en 10 de los 13 países de la Región donde la enfermedad es endémica (OEPA, página web). Durante los últimos 20 años, los casos de rabia humana disminuyeron en un 90% (OPS/OMS, 2009b). Sin embargo, se ha observado una rápida

¹² Para más información se puede consultar: <http://www.who.int/csr/outbreaknetwork/es/>.

Recuadro 3. Estrategias e iniciativas clave para enfrentar las enfermedades transmisibles.

Tuberculosis	DOTS ¹³ (1995) Alto a la tuberculosis ¹⁴ (2006) Plan Regional para el Control de la Tuberculosis de la OPS/OMS (2006)
Malaria	Programa Mundial sobre la Malaria de la OMS (1992) Alianza para hacer retroceder la malaria ¹⁵ (1998) Programa Regional de Acción y Demostración de Alternativas Sostenibles para el Control de Vectores de la Malaria sin Uso de DDT en México y América Central 2003-2008 (PNUMA/GEF/OPS, 2008) Salud Mesoamericana (2007) Red Amazónica para Vigilancia de la Resistencia a Drogas Antimaláricas Iniciativa Amazónica contra la Malaria Plan Estratégico Regional contra la Malaria en las Américas 2011-2015
Enfermedades desatendidas	Plan Mundial de Combate a las Enfermedades Tropicales Desatendidas 2008-2015 de la OMS Resolución CD49/9 de la OPS/OMS (2009) ¹⁶
Sida	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) ¹⁷ (1996) Grupo de Cooperación Técnica Horizontal en VIH/sida ¹⁸ Declaración de Compromisos sobre VIH/sida ¹⁹ (2001) Campaña 3X5 de la OMS (2003) Declaración Ministerial Prevenir con Educación (Región de las Américas) (2008) Estrategia Global de VIH/Sida para el Sector de la salud de la OMS (2011)
Infecciones respiratorias agudas	Estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) (1997) Iniciativa “Cada madre, cada niño cuentan” de la OPS/OMS (2005) Plan para superar el impacto global de las enfermedades tropicales desatendidas 2012-2020 de la OMS (2012)
Dengue	Estrategia de Gestión Integrada de Dengue (EGI-dengue) ²⁰ (2004)

expansión y urbanización de la leishmaniasis visceral en el Cono Sur con aumento de su mortalidad (Maia-Elkhoury y Carmo et.al., 2008).

Desde 1992, el abordaje de la prevención y control de la enfermedad de Chagas se ha beneficiado de estrategias de cooperación horizontal entre países, con la secretaria técnica de la OPS y el desarrollo subregional de varias iniciativas:

INCOSUR (países del Cono Sur, 1992), IPCA (países de Centroamérica, 1997), IPA (países andinos, 1998) y AMCHA (países amazónicos, 2004), además de la aprobación de resoluciones de los órganos de gobierno de la OPS y de la OMS.

En el recuadro 4 se presenta un ejemplo del compromiso político de los Estados Miembros de la OPS/OMS con el control o la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas.

¹³ La estrategia DOTS (Directly Observed Treatment Short course) es una estrategia internacional altamente eficaz y económica para el tratamiento y control de la tuberculosis (<http://who.int/tb/dots/es/>).

¹⁴ La Estrategia Alto a la Tuberculosis de la OMS abarca seis puntos en los que se aprovechan los buenos resultados del enfoque DOTS y se abordan expresamente los principales problemas que plantea la enfermedad. El objetivo es reducir radicalmente la carga mundial de TB para el 2015 (<http://who.int/tb/strategy/es/>).

¹⁵ Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo: <http://www.rollbackmalaria.org/>.

¹⁶ La resolución CD49/9 se puede consultar en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49-09-s.pdf>

¹⁷ Para más información se puede consultar: <http://www.unaids.org/es/>.

¹⁸ El Grupo de Cooperación Técnica Horizontal en VIH/Sida (GCTH) fue creado por 21 países de América Latina y el Caribe para optimizar las posibilidades reales de cooperación con base en las experiencias que los países tienen a ofrecer.

¹⁹ <http://www.unaids.org/es/aboutunaids/unitednationsdeclarationsandgoals/2001declarationofcommitmentonhivaids/>

²⁰ Para más información se puede consultar: <http://www.ops.org.bo/et/dengue/>.

Recuadro 4. Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza.

Las enfermedades infecciosas desatendidas afectan principalmente a las poblaciones que viven en condiciones socioeconómicas pobres, con ingresos bajos, bajo nivel educativo, vivienda precaria, carencia de acceso a servicios básicos como el agua potable y el saneamiento básico, en zonas de conflicto o en condiciones ambientales deterioradas, y con barreras en el acceso a los servicios de salud. Los efectos crónicos de este grupo de enfermedades constituyen a su vez un obstáculo para el desarrollo de las comunidades afectadas y la superación de la pobreza.

Existe un renovado compromiso mundial y regional con el control o eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza. En octubre del 2009 el Consejo Directivo de la OPS aprobó la resolución CD49.R19 denominada *Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza*, en la cual los Estados Miembros expresan su compromiso con metas concretas de control o eliminación de algunas enfermedades desatendidas de manera que dejen de ser consideradas como problemas de salud pública en el año 2015 (OPS/OMS, 2011c).

En la resolución se destaca la importancia de un enfoque integral que incluya estrategias interprogramáticas con los programas de salud existentes y de las medidas intersectoriales necesarias con los sectores de educación, vivienda, desarrollo, agua y saneamiento básico, medio ambiente, agricultura y ganadería, etc., para el abordaje integral sostenible de los factores determinantes sociales y ambientales de la salud (Holveck JC et al, 2007).

Epidemia de cólera en Haití y la República Dominicana

En octubre del 2010, nueve meses después del catastrófico terremoto que azotó a Haití, el Laboratorio de Salud Pública Nacional de Haití confirmó el primer caso de cólera en el país. El gobierno haitiano creó un plan intersectorial de respuesta centrado en tres áreas: protección de las familias al nivel de la comunidad, fortalecimiento de los centros de atención primaria de salud, y establecimiento de una red de centros de tratamiento del cólera y de hospitales para casos graves.

Se movilizaron organismos, bancos, gobiernos y ONG a nivel mundial para ayudar a Haití a responder al brote de cólera por medio de la movilización de expertos internacionales en epidemiología, laboratorio, manejo de casos, agua y sanidad, y logística, e insumos para el diagnóstico y tratamiento de los casos. Además, se proporcionó apoyo en la planificación y la organización de centros de tratamiento, la aplicación de medidas preventivas, la capacitación y elaboración de guías técnicas para el personal de salud, y la promoción de la higiene a nivel individual, familiar, comunitario y hospitalario.

Más de 7000 personas han muerto víctimas del cólera en Haití y cerca de 520.000 ya se enfermaron (Roses y Frieden et al.,

2011). La epidemia se extendió a la República Dominicana, en donde ya se registraron más de 21.000 casos y cerca de 370 muertes (Roses y Frieden et al., 2011). La OPS/OMS considera que se trata de una de las peores epidemias de cólera de la historia moderna en América luego de su aparición en 1991 y su posterior control y virtual eliminación al cabo de 8 años.

La OPS/OMS puso en marcha en enero del 2012 la iniciativa *Llamado a la Acción: La Hispaniola Libre de Cólera*.²¹ En conjunto con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos, el UNICEF, y los gobiernos de Haití y la República Dominicana, esta iniciativa busca apoyo para que se realicen grandes inversiones en infraestructura de agua y saneamiento con la finalidad de eliminar la epidemia de cólera que afecta a ambos países.

Inmunización

La prevención de las enfermedades infecciosas por medio de la vacunación se considera uno de los logros más importantes en el ámbito de la salud pública dado que ha permitido una disminución del 25% de la mortalidad en menores de 5 años (OPS/OMS, 2010c).

²¹ http://www.unicef.org/republicadominicana/Hispaniola_Libre_Colera_notas_prensa_conjunta.pdf

Los países de la Región hicieron progresos notables en la prevención de enfermedades inmunoprevenibles. En 1991, se eliminó la poliomielitis. El último caso endémico de sarampión se registró en el 2002 y de rubéola en el 2009. Gracias a una cobertura de vacunación de más del 93% en menores de un año, se redujo de forma significativa la difteria, la tos ferina y el tétanos. A la fecha se han establecido programas de vacunación dirigidos a todos los miembros de la familia y se han fortalecido los programas de vigilancia epidemiológica en todos los países (OPS/OMS, 2010c).

La estrategia de vacunación en los servicios de salud, complementada por campañas de vacunación nacionales y la iniciativa de la OPS/OMS de realizar una vez por año la semana de vacunación simultáneamente en toda la Región de las Américas, ha permitido alcanzar niveles de cobertura protectores que se ven reflejados en la disminución o eliminación de casos de enfermedades prevenibles por vacunación.

Algunos importantes avances tecnológicos han permitido la producción de vacunas específicas así como de vacunas combinadas para proteger contra varios agentes simultáneamente. La OPS/OMS colocó a disposición de los países el Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas como un mecanismo de compras global que, gracias a la economía de escala, ha logrado reducir substancialmente los costos de mercado de las nuevas vacunas.

Los países han establecido sistemas de vigilancia epidemiológica y fortalecido las capacidades de diagnóstico de laboratorio que han sido el sustento estratégico y operativo para lograr la erradicación de la poliomielitis, la interrupción de la transmisión autóctona del sarampión, la eliminación de la rubéola y del síndrome de la rubéola congénita y la disminución del tétanos, la difteria y la tos ferina (OPS/OMS, 2010c).

Enfermedades infecciosas intestinales

Entre 1998 y el 2008, la proporción anual de muertes por enfermedades infecciosas intestinales (EII) en menores de 5 años en la Región disminuyó cuatro veces (de 5,56% a 1,36%) aunque con variaciones importantes entre los países. Desde 1998, los países del Caribe de habla inglesa prácticamente no registraron defunciones por EII; sin embargo, en Guatemala en el 2008, la mortalidad por EII fue de 10 veces la proporción mediana regional de 13%.²²

²² Fuente: Base de datos de los Indicadores Básicos de Salud, OPS/OMS (www.paho.org).

Infecciones respiratorias agudas

A lo largo de los últimos años se ha intentado en varias ocasiones poner de relieve el problema de la neumonía en la niñez como prioridad de salud pública (UNICEF, 2006).

En 1995 la OPS/OMS puso en marcha la *Estrategia para cumplir la meta fijada para el año 2000: control de las infecciones respiratorias agudas en los niños*, en la cual se instó a los países a adoptar la estrategia de tratamiento estándar de las infecciones respiratorias agudas (IRA) (OPS/OMS, 1995).

En el 2008, la OMS puso en marcha el *Plan de acción mundial para la prevención y el control de la neumonía*. En este plan se proponen tres líneas de actuación: 1) la creación de ámbitos donde el riesgo de contagio de la neumonía sea bajo; 2) la promoción de las prácticas saludables, como la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, la alimentación adecuada y el lavado de las manos con jabón; y 3) el aumento de la vacunación contra otras enfermedades relacionadas, como la antisarampionosa y la antineumocócica conjugada (OMS, 2008).

De manera más reciente, la OPS/OMS ha abordado este problema en su Plan Estratégico 2008-2012 que incluye entre sus metas apoyar a los países en la creación de programas nacionales para reducir la mortalidad mediante la vacunación a fin de prevenir las neumonías causadas por *Haemophilus influenzae* de tipo b (OPS/OMS, 2009c).

Tuberculosis

Con la puesta en marcha de la estrategia DOTS²³ (1995) y de la estrategia Alto a la Tuberculosis²⁴ (2006), los países de la Región asumieron un compromiso político en la lucha contra la tuberculosis (TB). Esto tuvo como resultado un aumento de las tasas de curación y el mantenimiento de una baja incidencia de TB multiresistente (OPS/OMS, 2006). Entre 1990 y el 2009, la prevalencia de la TB en la Región se redujo de 97 a 38 casos por 100.000 habitantes y la mortalidad de 8,0 a 2,1 por 100.000 (OPS/OMS, 2011b).

²³ La estrategia DOTS (Directly Observed Treatment Short course) es una estrategia internacional altamente eficaz y económica para el tratamiento y control de la tuberculosis (<http://who.int/tb/dots/es/>).

²⁴ La Estrategia Alto a la Tuberculosis de la OMS abarca seis puntos en los que se aprovechan los buenos resultados del enfoque DOTS y se abordan expresamente los principales problemas que plantea la enfermedad. El objetivo es reducir radicalmente la carga mundial de TB para el 2015 (<http://who.int/tb/strategy/es/>).

Infección por el VIH/sida

El lanzamiento del primer medicamento antivirico en 1995 y el inicio de esquemas de tratamiento basados en la combinación de fármacos como el tratamiento antirretrovirico sumamente activo (TARSA) desde 1996 marcaron un aumento en la sobrevivencia y el inicio de la disminución de la mortalidad por sida a nivel mundial.

En América Latina y el Caribe, entre el 2001 y el 2009, la tasa estimada de nuevas infecciones por VIH disminuyó de 22,5 a 18,6 por 100.000 habitantes²⁵. En América del Norte, las tasas anuales de nuevas infecciones han sido estables en los últimos cinco años. Todos los países han puesto en marcha políticas y programas de acceso gratuito al tratamiento antirretrovirico (TAR). Las muertes por sida y la transmisión vertical continúan disminuyendo gracias al acceso universal al TAR y a medidas preventivas dirigidas a las embarazadas.

Pandemia por virus (H1N1) 2009

Desde que surgieron los primeros casos de infección humana por el virus de la gripe aviar H5N1 en 1997, la OMS y la OPS han proporcionado cooperación técnica a sus Estados Miembros en la preparación para enfrentar una posible pandemia.

En el 2009, la OMS declaró que el brote de gripe por A (H1N1) originado en América del Norte constituía una emergencia de salud pública de importancia internacional. Las medidas de preparación y contención, y el apoyo de la comunidad internacional lograron identificar y notificar los casos con prontitud. El virus no mutó a una forma más letal y no desarrolló resistencia a los antiviricos de modo generalizado. Se logró coordinar con la industria privada la producción de vacunas y antiviricos para abastecer a la población mundial expuesta.

Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria

El Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria fue creado en el 2002 con el fin de aumentar radicalmente los recursos de lucha contra las tres enfermedades más devastadoras en el mundo y de dirigir dichos recursos a los países con ingresos e índices de desarrollo humano más desfavorables.

El Fondo Mundial se ha convertido en la principal fuente de financiamiento multilateral destinado a la salud a escala mundial. En la Región de las Américas los recursos han sido utilizados para apoyar la gestión de prevención y control de las tres enfermedades, aumentar la cobertura del tratamiento con antirretroviricos, la detección y el tratamiento de casos de tuberculosis y la ejecución de medidas preventivas contra la malaria, incluida la amplia distribución de mosquiteros impregnados con insecticida.

Reglamento Sanitario Internacional (2005)

El Reglamento Sanitario Internacional (RSI) del 2005 (OMS, 2005) tiene como objetivo ayudar a la comunidad internacional a prevenir y afrontar las amenazas de salud pública susceptibles de atravesar fronteras y afectar a poblaciones de todo el mundo y al comercio internacional. En el RSI se insta a los países a compartir información con la OMS sobre la ocurrencia de eventos de salud pública para que, en estrecha colaboración con los países y los asociados, se establezca una red mundial de información, alerta y respuesta con el fin de reforzar los mecanismos mundiales actuales de vigilancia y respuesta sanitarias.

A partir de la aprobación del nuevo Reglamento Sanitario Internacional en el 2005, los países han avanzado en la creación de centros nacionales de enlace y han elaborado planes de acción para el fortalecimiento de las capacidades básicas de alerta, respuesta y de intercambio de información entre países ante emergencias de salud pública. La pandemia por virus (H1N1) 2009 dejó importantes enseñanzas.

Brechas

Para seguir avanzando en la lucha contra las enfermedades transmisibles en la Región de las Américas es necesario:

- Garantizar la sostenibilidad de la eliminación de las **enfermedades inmunoprevenibles**, manteniendo alta la cobertura de la vacunación, principalmente en grupos de población con dificultades de acceso a los servicios de salud.
- Avanzar y reorientar los programas nacionales contra la **malaria** hacia la eliminación de la enfermedad en donde sea posible (isla La Española, Centroamérica, Argentina, Paraguay, Bolivia).
- Fortalecer las medidas de prevención y control de la **tuberculosis**, en especial en los países con mayor carga de esta

²⁵ Fuente: Base de datos de los Indicadores Básicos de Salud, OPS/OMS (www.paho.org).

enfermedad, entre ellos: Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Perú y República Dominicana.

- Poner en marcha programas nacionales integrados para la vigilancia, el control y la eliminación de las **enfermedades desatendidas** y otras relacionadas con la pobreza con un enfoque interprogramático e intersectorial.
- Desarrollar nuevos y mejores medicamentos para el tratamiento de la **enfermedad de Chagas** y la **leishmaniasis**.
- Reducir el diagnóstico tardío y ampliar la cobertura del tratamiento de la **infección por el VIH/sida**, y el diagnóstico y tratamiento de la coinfección por el bacilo de la TB y el VIH en colaboración interprogramática.
- Contener la epidemia de **dengue**, reducir su incidencia y su letalidad, y aplicar de forma integral la Estrategia de Gestión Integrada (EGI) y enfoques ecosistémicos.
- Eliminar el **cólera** de la isla La Española (Haití y República Dominicana) y evitar la reintroducción de su transmisión autóctona en los países que lo eliminaron. **Temas emergentes:** existe el riesgo de reintroducción de agentes infecciosos ya eliminados en la Región y que continúan circulando en otros continentes, como es el caso del sarampión y la poliomielitis. Hay nuevas vacunas en la etapa de desarrollo e introducción. Es necesario profundizar los estudios de efectividad, seguridad y de la relación costo-beneficio.

En fechas recientes se ha observado una tendencia al aumento de la incidencia de la infección por el VIH/sida en adolescentes, jóvenes y mujeres. Es impostergable definir mejores estrategias para el manejo y tratamiento de la coinfección por el bacilo de la tuberculosis y el VIH, y de la tuberculosis resistente a múltiples fármacos.

El cambio climático y ambiental impone la necesidad de profundizar las investigaciones para conocer a fondo el cambio del comportamiento de los vectores de la malaria, el dengue y otras enfermedades.

El abordaje intersectorial de los determinantes sociales y ambientales de las enfermedades infecciosas desatendidas para disminuir los factores de riesgo y mejorar las condiciones de vida de las poblaciones afectadas sigue siendo un tema crucial.

Otros temas emergentes son:

- La amenaza permanente de **nuevos peligros para la salud pública** nacional e internacional de tipo biológico, químico, físico, radioactivo, de uso de armas de destrucción masiva, relativos a la movilidad de las personas y el intercambio comercial y de reintroducción de agentes infecciosos que ya han sido eliminados como problema de salud pública en la Región.
- La vigilancia de la capacidad natural de recombinación y mutación del virus de la **gripe** y el eventual surgimiento de nuevas cepas capaces de producir pandemias.
- La vigilancia del desarrollo de la **resistencia a los antimicrobianos y antiparasitarios** de uso en la primera línea de tratamiento de los esquemas nacionales contra las enfermedades transmisibles.
- La transmisión de virus rábicos de murciélagos o silvestre hacia los animales domésticos y humanos. La falta de control de la población canina, la cobertura insuficiente de la vacunación y la débil participación intersectorial en la prevención y el control de las **enfermedades zoonóticas**.

4. PERSPECTIVAS FUTURAS

Los países de la Región están mejor preparados para dar respuesta a emergencias de salud pública de interés internacional, especialmente después de las lecciones aprendidas con la pandemia por virus (H1N1) 2009.

Gracias a la cooperación técnica internacional, los países de la Región tienen mayor capacidad para apoyarse mutuamente en la atención de riesgos y eventos relacionados con las enfermedades transmisibles en las zonas fronterizas. Existe un renovado compromiso mundial y regional con el tema del control y la eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza.

Para avanzar hacia el control de las enfermedades transmisibles es necesario que los sistemas de información sean oportunos, faciliten el análisis de la situación para la toma de decisiones y provean información más detallada del nivel subnacional. Este último aspecto es fundamental para medir las inequidades en materia salud e intervenir para modificarlas.

El control de las enfermedades transmisibles tendrá mejores resultados cuando esté acompañado por medidas sostenibles con respecto a los determinantes sociales de la salud que cuenten con una amplia participación de la sociedad civil. La articulación de los programas de prevención y control con los niveles de atención primaria en salud permite aumentar el acceso a las medidas sanitarias con mayor equidad, especialmente cuando se hace en el contexto de redes de servicios de salud.

La movilización de recursos financieros internacionales, como complemento a la asignación de recursos nacionales y municipales, pueden seguir apoyando a los países en la creación de capacidades de prevención y control, así como en la promoción de la investigación para el desarrollo de nuevos medicamentos, vacunas y tecnología para el tratamiento, control y eliminación de enfermedades transmisibles.

Sin embargo, la sostenibilidad de las medidas requeridas para el control de estas enfermedades debe fundamentarse en que los gobiernos garanticen los recursos financieros, materiales y humanos necesarios para la ejecución de programas efectivos de prevención, control y eliminación.

La amenaza constante de las emergencias de salud pública de importancia internacional debidas a las enfermedades transmisibles exige que los países ejecuten los planes de acción para optimizar la capacidad básica para la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005).

El intercambio de experiencias y tecnologías entre países para fortalecer las capacidades de respuesta ante las enfermedades transmisibles puede ayudar en este propósito, al igual que el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia para que detecten tempranamente los casos de enfermedades transmisibles con potencial epidémico que requieran la conformación de equipos de respuesta rápida para aplicar medidas inmediatas de contención y control.

Bibliografía

Chowell G, Echevarría-Zuno S, Viboud C, Simonsen L, Tamerius J, Miller M, Borja-Aburto V. 2011. Characterizing the epidemiology of the 2009 Influenza A/H1N1 Pandemic in Mexico. *PLoS Medicine* May 1 2011, Volume 8 Issue 5. Disponible en: www.plosmedicine.org

Holveck JC, Ehrenberg JP, Ault SK, Rojas R, Vásquez J, Cerqueira MT, Ippolito-Shepherd J, Genovese MA, Periago MR. 2007. Prevention, control, and elimination of neglected diseases in the Americas: Pathways to integrated, interprogrammatic, intersectorial action for health and development. *BMC Public Health*. 2007;7:6. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1797008/pdf/1471-2458-7-6.pdf>

Maia-Elkhoury AN, Carmo EH, Sousa-Gomes ML, Mota E. 2008. Visceral leishmaniasis in Brazil: Trends and challenges. *Cad. Saúde Pública* 2008 Dez; 24(12):2941-7. Disponible en: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v24n12/24.pdf>

Onchocerciasis Elimination Program for the Americas (OEPA). Programa para la Eliminación de la Oncocercosis en las Américas. Disponible en: <http://www.oepa.net/epidemiologia.html>

Organización Mundial de la Salud (OMS). 2005. Reglamento Sanitario Internacional 2005. Disponible en: http://www.who.int/ihr/IHR_2005_es.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS). 2008. Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de la Neumonía (GAPP). OMS: Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (OMS). 2011. World Malaria Report 2011. Disponible en: http://www.who.int/malaria/world_malaria_report_2011/en/

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). 1995. Estrategia para cumplir la meta fijada para el año 2000: control de las infecciones respiratorias agudas en los niños. Washington: OPS/OMS, 1995.

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). 2006. Plan Regional de Tuberculosis 2006-2015. Washington, DC: OPS/OMS. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/cd/tb-reg-plan-2006-15.pdf>

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). 2009a. Situación del dengue en las Américas: Actualización 2009. Washington, DC. Disponible en: <http://www.ops.org.bo/et/dengue/documentos/bolSitDenAmer20090300.pdf>

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). 2009b. CD49/9 Eliminación de las Enfermedades Desatendidas y Otras Infecciones Relacionadas con la Pobreza. Disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49-09-s.pdf>

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). 2009c. Plan Estratégico 2008-2012. Washington, DC. Disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/OD%20328-documento%20completo.pdf>

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) 2010a. Control y eliminación de cinco enfermedades desatendidas en América Latina y el Caribe, 2010-2015: análisis de avances, prioridades y líneas de acción para filariasis linfática, esquistosomiasis, oncocercosis, tracoma y helmintiasis transmitidas por el contacto con el suelo. Washington, DC: OPS/OMS.

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) 2010b. 13a. Reunión de Directores de Programas de Control de la Rabia y Encuentro para el Control de la Leishmaniasis Canina en las Américas (REDIPRA 13). Disponible en: <http://new.paho.org/arg/images/Gallery/redipra/PROGRAMA17AGO.pdf>

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) 2010c. Fortalecimiento de los programas de inmunización. Documento conceptual. (Documento CD50/14). Disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50-14-s.pdf>

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). 2011a. Non-communicable diseases in the Americas: building a healthier future. Washington, DC: OPS/OMS.

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). 2011b. La tuberculosis en la Región de las Américas: Informe regional. Epidemiología, control y financiamiento. Washington, DC. OPS/OMS.

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). 2011c. Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos 2011. PAHO/HSD/HA/09.01. Disponible en: <http://new.paho.org/arg/images/Gallery/publicaciones/IndicadoresBasicos2011Amricas.pdf>

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). 2012. Estrategia y plan de acción para la salud integral de la niñez. Documento CE150/15. Washington, DC: OPS/OMS.

PNUMA/GEF/OPS. 2008. Programa Regional de Acción y Demostración de Alternativas Sostenibles para el Control de Vectores de la Malaria sin Uso de DDT en México y América Central. Informe Final. Washington, D.C.

Roses M, Frieden T, Tappero J, De Cock K, Aasen B, Andrus J. Elimination of cholera transmission in Haiti and the Dominican Republic. *The Lancet* - 21 January 2012, Vol. 379, Issue 9812, Pages e12-e13. Disponible en: <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2812%2960031-2/fulltext>

United Nations Children's Fund (UNICEF). 2006. *Pneumonia: the forgotten killer of children*. New York: United Nations Children's Fund.

EJE TEMÁTICO III

La protección de los grupos vulnerables



1. INTRODUCCIÓN

En el Programa 21 se señala la importancia de que se satisfagan las necesidades básicas de salud y se hace especial énfasis en proteger y educar a los grupos vulnerables (los niños, los adultos jóvenes, las mujeres, las poblaciones indígenas y los más pobres) “como medida indispensable para alcanzar el desarrollo sostenible”; también se señala la necesidad de “prestar[se] especial atención a las necesidades sanitarias de los ancianos y los impedidos”. Sin embargo, en el propio Programa 21 se concentran los objetivos y actividades en torno a los cuatro primeros grupos, sin que se aborden en especial a los adultos mayores ni a las personas discapacitadas.

Durante las últimas décadas, la situación de vulnerabilidad de algunos grupos de la sociedad ocupa un lugar destacado en las prioridades de las políticas públicas.

La situación de vulnerabilidad es el resultado de la acumulación de desventajas y la mayor posibilidad de sufrir problemas por un conjunto de causas socioeconómicas, además de algunas características individuales y culturales. El concepto de “situación de vulnerabilidad” se aplica a todos aquellos sectores de la población que por su edad, sexo, estado civil u origen étnico se encuentran en condiciones de riesgo que les impide incorporarse al desarrollo y acceder a mejores condiciones de bienestar.

La OPS/OMS emplea el concepto de “grupos en situación de vulnerabilidad” que incluyen a las personas con trastornos mentales; los adultos mayores; las personas discapacitadas; las mujeres (y las adolescentes) en el contexto de la mortalidad y la morbilidad maternas, la igualdad de género y la prevención de la violencia contra la mujer; las personas infectadas por el VIH; los pueblos indígenas; y la población adolescente y joven (OPS/OMS, 2010).

Otros grupos en situación de vulnerabilidad son las personas que viven en condiciones de pobreza, las minorías étnicas, las personas en situación de violencia como las que residen en zonas de conflicto armado, los recién nacidos, la población infantil, los refugiados, los migrantes, las personas encarceladas y bajo custodia, las personas desplazadas y los grupos de lesbianas, gays, bisexuales y transgénero (LGBT).

Existen al menos 12 instrumentos a nivel de las Naciones Unidas en los que se abordan las necesidades de estos grupos.

2. SITUACIÓN REGIONAL

Actualmente, la **mortalidad infantil en menores de 1 año** en la Región de las Américas presenta una tendencia decreciente. Sin embargo, las diferencias regionales y por grupos de población son importantes: la población indígena y los más vulnerables presentan cifras significativamente mayores de mortalidad infantil (OPS/OMS, 2012).

En general, los avances en la provisión de servicios para mejorar la salud infantil han logrado disminuir considerablemente la mortalidad infantil en casi todos los países de la Región. Sin embargo, la tasa de mortalidad infantil muestra diferencias importantes cuando se desglosa la información a nivel comunal o por nivel de escolaridad de la madre, con lo que se evidencian problemas de inequidad en el acceso a una atención adecuada y de buena calidad.

La promoción de la lactancia materna y los programas para prevenir la transmisión maternoinfantil del VIH son frecuentes en varios países. En la Región de las Américas, la **mortalidad en menores de 5 años** se calculó en 18 por 1.000 nacidos vivos en el 2011 (OPS/OMS, 2012). Los países con mayor tasa de mortalidad son Haití (87/1.000), Bolivia (51/1.000) y Guatemala (40/1.000). En Brasil, la mortalidad en menores de 5 años disminuyó de 24,8 por 1.000 nacidos vivos en 2006 a 22,8 en 2008.

Brasil registró importantes avances en cuanto a la **salud materna y reproductiva**; sin embargo, todavía persisten muchos retos. La cobertura de la atención prenatal con al menos una visita y el parto asistido es prácticamente universal (99%). En el período 1990-2007 se produjo una disminución de todas las principales causas de muerte materna, tales como la hipertensión (una reducción de 62,8%); las hemorragias (58,4%); las infecciones puerperales (46,8%); el aborto (79,5%); y las enfermedades del sistema circulatorio por complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio (50,7%) (OPS/OMS, 2002).

Por otra parte, las proyecciones hasta el 2015 indican que habrá dificultades para el cumplimiento de la meta del ODM 5 relativa a la mortalidad materna. La proyección realizada para el 2008-2015 indicó valores de 69 a 77 defunciones por 100.000 nacidos vivos (OPS/OMS, 2002). Uruguay es el único país de América Latina y el Caribe que cumple con las metas de los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM) relativas a la mortalidad materna.

La **población joven de 10 a 24 años** de edad representa el 24,5% de la población de la Región de las Américas (OPS/OMS, 2009a). Aunque, en general, la mortalidad y la morbilidad son bajas durante la adolescencia, según la actualización del 2004 de la Carga Mundial de Morbilidad, en la Región se registraron 287.920 muertes de personas entre 15 y 29 años. Las principales causas de mortalidad de este grupo etario fueron los traumatismos (63%); las enfermedades no transmisibles (22%); y las afecciones transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales (15%).

Estas causas no afectan a los dos sexos por igual. La distribución de muertes por traumatismos, actos violentos y homicidios (un total de 43% de las muertes en este grupo) fue de 92% en varones y 8% en mujeres; las muertes por accidentes de tránsito (26%), se registraron 79% en varones y 21% en mujeres; las muertes por suicidio (11%) fueron de 78% en varones y 22% en mujeres (OPS/OMS, 2009a).

En la Región, de los jóvenes entre 15 y 29 años que murieron a causa de enfermedades infecciosas y parasitarias, 47% fueron víctimas del sida (67% de los hombres y 33% de las mujeres). En el 2006, 20% de los casos de infección por el VIH diagnosticados y notificados correspondieron a adolescentes y jóvenes entre 15 y 24 años de edad (OPS/OMS, 2009a).

Las mujeres pobres, los indígenas y los afrodescendientes tienen desventajas comparativas en el acceso a los servicios de salud (OPS/OMS, 2006a). En el caso de la morbilidad materna, sus efectos son devastadores debido a que la madre juega un papel estratégico en la reproducción social.

En los últimos años, los problemas socioeconómicos, la accidentalidad y la transición epidemiológica y demográfica han propiciado el aumento del número de **personas discapacitadas**. En la Región de las Américas hay aproximadamente 60 millones de personas con alguna discapacidad (OPS/OMS, 2006b). La discapacidad no solo afecta a la persona que la sufre, sino también a aquellas que la cuidan, a los familiares, a la comunidad y a cualquiera que apoye el desarrollo de la comunidad.

Las personas discapacitadas constituyen el 10% de la población general y se considera que la discapacidad tiene repercusión sobre el 25% de la población total (OPS/OMS, 2006b). En América Latina, la prevalencia de las discapacidades es

muy variada. En Perú, las cifras notificadas por el estudio de prevalencia nacional están en el orden del 32%, mientras que en otros países va del 10 al 13% (Ecuador, Venezuela y Colombia). En Centroamérica, las cifras de prevalencia de la discapacidad están alrededor del 18% (OPS/OMS, 2006b).

Alrededor de un 50% de las personas discapacitadas de la Región está en edad productiva; sin embargo, se encuentra desempleada o excluida del mercado laboral (OPS/OMS, 2006b). Dados los altos niveles de pobreza y desempleo en la población general, al igual que la clara relación entre la pobreza y la discapacidad, la situación de las personas discapacitadas en la Región es crítica.

Los cambios en los perfiles demográficos crean exigencias tangibles tanto para las familias como para los sistemas y servicios de salud, en especial en cuanto a los **adultos mayores** (OPS/OMS, 2009b). En el 2006, la Región de las Américas tenía aproximadamente 106 millones de personas de 60 años o más. En el 2050, esta cifra alcanzará aproximadamente los 310 millones y, de esas personas, 190 millones vivirán en América Latina y el Caribe (OPS/OMS, 2009b).

Hoy en día, la esperanza de vida a los 60 años se ha calculado en 21 años; 81% de las personas que nacen en la Región vivirán hasta los 60 años, mientras que 42% de ellas sobrepasarán los 80 años. En el año 2025, se estima que habrán 15 millones de personas de 80 años o más (OPS/OMS, 2009b). El aumento de la supervivencia no ha ocurrido a la par de mejoras comparables en el bienestar, la salud y la calidad de vida.

Los grupos en situación de vulnerabilidad siguen en aumento en la Región, en especial, los **migrantes internos e internacionales**²⁶ que no fueron considerados en el Programa 21. No existe información acerca de este grupo por parte de los países, ni hay tampoco ninguna acción concertada a nivel regional para abordar este fenómeno mundial de gran importancia.

En cuanto a las **poblaciones indígenas**, entre 45 y 50 millones de personas indígenas pertenecientes a más de 400 grupos étnicos distintos viven en la Región de las Américas en

²⁶ Los migrantes son un grupo poblacional en especial situación de vulnerabilidad por la transformación radical de su entorno, de sus redes sociales, culturales, de consumo y, frecuentemente, de las condiciones legales y de protección social.

la actualidad (OPS/OMS, 2006a). Comprenden casi 10% de la población total y 40% de la población rural de América Latina y el Caribe (OPS/OMS, 2006a). Los pueblos indígenas aportan una importante vitalidad y diversidad a los 24 países en los que viven (incluidos Estados Unidos y Canadá), y protegen gran parte del patrimonio cultural y la diversidad biológica del continente americano.

A pesar de sus inestimables contribuciones, los pueblos indígenas son sumamente vulnerables dentro de las naciones que habitan y sus derechos humanos, así como su igualdad social, política y económica, se encuentran comprometidos o denegados. Como resultado, existen profundas inequidades en sus condiciones de vida y de salud.

Las comunidades indígenas tienen una incidencia de pobreza, analfabetismo y desempleo más alta en comparación con la población que no tiene ascendencia indígena (OPS/OMS, 2006a). Estas comunidades presentan elevadas tasas de mortalidad materna e infantil, desnutrición y enfermedades infecciosas (OPS/OMS, 2006a). Además sufren con la discriminación y la desigualdad en los propios sistemas de salud. Las barreras culturales y lingüísticas constituyen el reto más complejo dado que la medicina occidental y sus intervenciones pueden resultar ofensivas o inadecuadas para estas comunidades.

3. DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN EN LOS PAÍSES

Casi todos los países de la Región de las Américas han ratificado o se han adherido a tratados, acuerdos y convenciones de las Naciones Unidas para garantizar la igualdad del derecho a la salud y otros derechos humanos afines. En algunos grupos específicos se han registrado logros importantes que se describen en los párrafos a continuación.

AVANCES

Población infantil. Entre 1992 y el 2010, la mortalidad infantil se redujo de 27,26 a 15,21 por 1.000 nacidos vivos (OPS/OMS, 2012), como resultado del aumento de la cobertura de la atención infantil, prenatal, la atención del parto y el control posnatal, y de los programas de inmunización, junto con las mejoras en el abastecimiento de agua, el saneamiento y medidas de higiene personal.

La prevalencia de la desnutrición disminuyó debido a los programas de nutrición, el fomento de la lactancia materna, la creación de bancos de leche, la suplementación con micronutrientes, los programas de nutrición en las escuelas, la sensibilización infantil sobre las enfermedades crónicas no transmisibles, la educación dirigida a los adultos con respecto al uso de la rehidratación oral en caso de diarrea, el tratamiento de las infecciones respiratorias y la prevención de las enfermedades transmisibles en general.

Algunos países crearon importantes marcos legales, como la Ley del Sistema Intersectorial de Protección Social en Chile y la Ley del Seguro Universal Materno Infantil de Bolivia. Los países también elaboraron planes nacionales intersectoriales para la prevención y eliminación de la explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes; así como guías y normas de atención integral a las víctimas. Otras intervenciones destacables fueron el empleo del flúor y sellante dental en el programa de salud escolar en Panamá, y la regulación de la presencia de flúor en el agua a partir del 2001 en Chile.

Población joven. Se destacaron la creación de servicios integrales de salud para los adolescentes y de programas dirigidos a las madres adolescentes, que incluyeron en ocasiones la creación de servicios amigables o diferenciados para adolescentes.

Algunos programas en Brasil incluyen medidas relativas a la salud bucodental, la salud mental, la salud escolar adolescente, la prevención de accidentes, y la cultura, el ocio y el deporte. También se informó acerca de programas educacionales para desarrollar capacidades laborales y continuar la educación de madres adolescentes, así como de programas para difundir información y la creación de consejerías sanitarias sobre la infección por el VIH/sida. Además, varios países han elaborado planes para eliminar el trabajo infantil y proteger a los trabajadores adolescentes, y han creado redes de jóvenes a favor de la protección del medio ambiente, con la modalidad de ecoclubes.

Mujeres. Se observó un aumento de la cobertura de la atención prenatal y parto en establecimientos de salud, aunados a observatorios y programas para reducir la violencia contra la mujer y subsidios para jefas de hogar en extrema pobreza. Los índices de mortalidad materna y de la transmisión maternoinfantil del VIH han disminuido debido a los programas de salud

reproductiva. Hubo un aumento de la educación orientada a la mujer y del acceso de la mujer a los ámbitos universitario, político y de gestión. También se informó de la existencia de protocolos y manuales de normas y procedimientos de atención integral de la violencia intrafamiliar. En algunos países se han promulgado leyes que establecen la gratuidad de la atención de las embarazadas, el parto y el puerperio y de los menores de 5 años; en algunos casos con el complemento del financiamiento de medicamentos, micronutrientes, insumos médicos y de laboratorio, y prestaciones de salud sexual y reproductiva y de salud infantil.

Adultos mayores. Ha aumentado la asistencia pública geriátrica, se han elaborado guías clínicas geronto-geriátricas de atención primaria de salud y se ha capacitado a profesionales en el cuidado geriátrico. Hay algunos avances en cuanto a la creación y ampliación de los programas de protección social. Algunos países han informado que han formulado políticas y programas nacionales de atención integral de la salud del adulto mayor.

Personas discapacitadas. Se avanzó en la emisión de normas para la protección de las personas discapacitadas y en la creación de programas nacionales. Ecuador está impulsando la identificación georreferencial de los casos de discapacidad; la coordinación de medidas para incluir a las personas discapacitadas; el establecimiento de centros de atención integral en varias provincias; la prestación de ayuda técnica y de capacitación, y la entrega de medicinas y viviendas equipadas; así como la calificación médica de las discapacidades detectadas y su seguimiento sistemático.

Bolivia ha promulgado la Ley de la Persona con Discapacidad, ha puesto en marcha un Programa de Registro Único Nacional de Personas con Discapacidad y una Normativa sobre Procedimientos de Calificación de las Personas con Discapacidades. Brasil ha introducido el Plan Nacional de los Derechos de las Personas con Deficiencias “Vivir Sin Límite”, que incluye medidas de prevención, detección precoz y atención integral.

Comunidades indígenas. Varios países de la Región han establecido políticas nacionales de salud indígena con un enfoque intercultural y de lucha contra la pobreza con la conformación de consejos de salud indígena. Se han creado políticas de Estado y marcos legales en reconocimiento de los derechos de los pueblos indígenas.

Panamá se centró en las enfermedades desatendidas, así como en la provisión de agua y saneamiento, el tratamiento antirretrovírico contra el VIH/sida, y la integración al sistema de salud de médicos tradicionales y parteras con un enfoque intercultural. Actualmente, Panamá está en un proceso de reconocimiento de los sistemas culturales de salud de los pueblos indígenas y, en algunos casos, se están revisando y adecuando las normativas relacionadas con la inocuidad de los alimentos para armonizar las prácticas culturales y económicas de los pueblos indígenas con el sector sanitario.

En la Región, también se encontraron iniciativas para el fomento de la participación de las organizaciones indígenas en la planificación de los servicios de salud familiar o comunitaria y en el seguimiento, la contratación y la capacitación de indígenas como facilitadores y promotores de la salud ante el personal de salud que atiende a estas comunidades.

Se realizaron diagnósticos situacionales para la construcción de perfiles epidemiológicos con un enfoque sociocultural, a fin de diseñar, evaluar y hacer el seguimiento de la ejecución de políticas de salud pública. Un ejemplo es el del Atlas Sociodemográfico de la Población y Pueblos Indígenas de la Región Metropolitana e Isla de Pascua de Chile.

BRECHAS

Población infantil. La mortalidad y la carga de enfermedad en menores de cinco años siguen siendo elevadas en la Región. También persisten la desnutrición crónica en familias de ingresos bajos y el trabajo infantil. Aunque se han promulgado importantes leyes, es necesario fortalecer su aplicación y cumplimiento. La falta de colaboración intersectorial sigue dificultando las medidas en esta esfera. Aún no se han reconocido los problemas derivados del hacinamiento infantil en las viviendas y los efectos de los peligros ambientales a los que están expuestos, ni se han emitido leyes al respecto.

Población joven. Los problemas alimentarios por sobrepeso y desnutrición son cada vez mayores y no se los está abordando adecuadamente. Las tasas de embarazo adolescente siguen siendo elevadas, en especial en familias de ingresos bajos y escasa escolaridad. No se brinda atención integral a los jóvenes con problemas de consumo de drogas y alcohol. La deserción escolar y los índices de violencia altos siguen afectando a muchos países de la Región. Las diferencias de género en los comportamientos de riesgo in-

dican que los hombres jóvenes son más propensos a fumar y beber, y que las mujeres jóvenes presentan mayores tasas de intentos o consideración de suicidio.

Mujeres. Se observa una ausencia de políticas con enfoque de género en materia de salud en algunos países. La mortalidad materna sigue siendo alta en algunos países, especialmente en estratos socioeconómicos bajos, y se observa un aumento de la violencia doméstica. No se brinda atención adecuada a las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas al embarazo y la normativa sobre el aborto no es suficiente.

Adultos mayores. Hay un incremento de las ECNT, incluidos los trastornos mentales, en este grupo poblacional. El abandono y los programas insuficientes de protección social siguen siendo una realidad en muchos países. Se observa que la prestación de servicios integrales de salud es inadecuada o inexistente, incluido el suministro de medicamentos, el transporte a las clínicas y las condiciones de vivienda, especialmente en cuanto al acceso a servicios básicos de agua, saneamiento, alimentación y atención geriátrica en zonas rurales. No existen datos apropiados para la toma de decisiones y la promulgación de legislación. Son escasos los recursos humanos y las instalaciones adecuadas para adultos mayores.

Personas discapacitadas. Los marcos regulatorios existentes en su mayoría son débiles y deficientes con respecto a la atención de salud dirigida a este grupo.

Comunidades indígenas. Se encontraron programas multi-e interculturales, aunque estos programas presentan escasa cobertura y baja calidad. La inversión en proyectos de bienestar sigue siendo limitada a pesar de que la carga de enfermedad ocasionada por enfermedades desatendidas sigue siendo elevada. La cobertura de agua y saneamiento básico para esta población es deficiente. Resulta fundamental aumentar la capacitación y formación en torno a la interculturalidad. Existen brechas con respecto a los avances en los indicadores de salud (esperanza de vida, tasa de mortalidad infantil y materna, tasas de abandono y elevado porcentaje de defunciones por tuberculosis). En general, el sector de la salud no contempla la medicina tradicional y no se fomentan los terapeutas tradicionales. Los indígenas están desproporcionadamente desempleados, en condiciones de pobreza y de deterioro de la salud. Es necesario que se haga un análisis de la situación de salud en las comunidades indígenas con un enfoque de género.

4. PERSPECTIVAS FUTURAS

Persiste en la Región la tendencia a elaborar políticas de salud que tratan a las poblaciones de forma homogénea, sin considerar a los grupos en situación especial de vulnerabilidad.

A pesar de los avances en cuanto a la mortalidad infantil y la salud reproductiva, persisten algunos rezagos notables con respecto a la salud de los adolescentes, la inequidad inaceptable en la mortalidad materna, la falta de subsidiariedad con las personas discapacitadas y la poca preparación para atender la nueva realidad demográfica de una creciente población de adultos mayores.

En un mundo más interconectado que nunca en el que se liberalizan los flujos financieros, de información y de comercio, hay un gran estímulo para la movilidad de las personas. Para la Región esta movilidad representa un flujo poblacional significativo, con gran intensidad dentro de los países y entre países vecinos y a distancia, lo que también genera flujos económicos importantes. La migración es un paradigma epidemiológico que se debe considerar.

A pesar de las mejoras en los últimos años con respecto a las condiciones de vida y el estado de salud de la población, en algunos países persisten grandes inequidades que solo podrán ser corregidas en la medida en que se modifiquen los determinantes sociales y ambientales que las propician. Es fundamental asegurar la protección de la acción del Estado aunada a un sólido proceso de empoderamiento de estas poblaciones mediante el abordaje de la seguridad humana que les permita vivir con dignidad y satisfacer sus necesidades.

Bibliografía

Carga mundial de morbilidad: actualización del 2004 (publicación del 2008 del conjunto de datos actualizado del 2004). Disponible en: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/index.html

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). 2002. Conferencia Sanitaria Panamericana. *Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas*. Washington (DC): OPS; 15 de agosto del 2002. (Documento CSP26/14). Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp26-14-s.pdf>

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). 2006a. Consejo Directivo. *La salud de los pueblos indígenas de las Américas*. Washington (DC): OPS; 18 de agosto del 2006. (Documento CD47/13). Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/CD4-13-s.pdf>

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). 2006b. Consejo Directivo. *La discapacidad: prevención y rehabilitación en el contexto del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud y otros derechos relacionados*. Washington (DC): OPS; 16 de agosto del 2006. (Documento CD47/15). Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/CD47-15-s.pdf>

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). 2009a. Consejo Directivo. *Plan de acción sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes*. Washington (DC): OPS; 15 de julio del 2009. (Documento CD49/12). Disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49-12-s.pdf>

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). 2009b. Consejo Directivo. *Plan de acción sobre la salud de las personas mayores incluido el envejecimiento activo y saludable*. Washington (DC): OPS; 10 de julio del 2009. (Documento CD49/8). Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=1640&Itemid=1425&lang=es

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). 2010. Consejo Directivo. *La salud y los derechos humanos*. Washington (DC): OPS; septiembre del 2012. (Resolución CD50.R8). Disponible en: <http://www.un.org/spanish/disabilities/documents/CD50.R8-s.pdf>

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). 2012. *Estrategia y plan de acción para la salud integral de la niñez*. Washington (DC): OPS, 4 de abril del 2012. (Documento CE150/15). Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=17714&Itemid=

EJE TEMÁTICO IV
La salud urbana



1. INTRODUCCIÓN

El mundo está urbanizándose a una velocidad sin precedentes, lo cual supone un reto extraordinario para la salud (OPS/OMS, 2010). En 1992, año de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Medio Ambiente y Desarrollo (Rio 92), la población urbana del mundo representaba poco más del 40%. En el 2008, las Naciones Unidas informaron que, por primera vez en la historia, más de la mitad de la población humana estaba viviendo en zonas urbanas (ONU-Hábitat, 2010) y que se preveía que mundialmente esa proporción aumentaría a 67,2% para el 2050 (UNDESA 2011).

La urbanización acelerada, no planificada e insostenible también repercute de manera importante sobre la salud. Como lo demuestra la figura 2, la tendencia en la Región indica una confluencia hacia la urbanización, con América Latina y el Caribe ya alcanzando los mismos niveles que América del Norte.²⁷

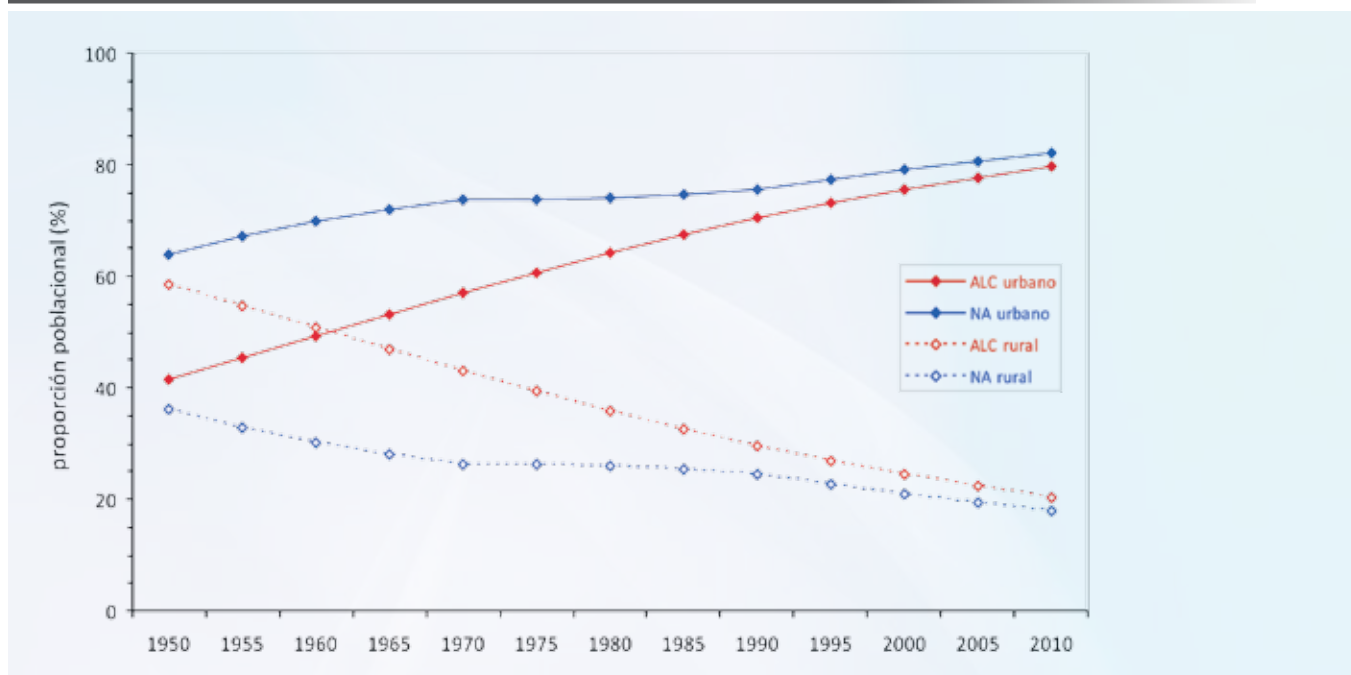
Hasta la fecha, este notable cambio no ha sido abordado plenamente en las políticas, estructuras y servicios de salud, lo que genera una brecha entre las necesidades de la población y la respuesta del sector de la salud.

La Declaración del Milenio,²⁸ firmada por 189 países en la Cumbre del Milenio que tuvo lugar en el 2000 y en la que se establecieron los Objetivos de Desarrollo del Milenio, (ODM) colocó el tema de la salud urbana en la agenda de los responsables de adoptar decisiones.

La creación de la Comisión de la OMS sobre los Determinantes Sociales de la Salud en el 2005 puso de relieve los problemas de la salud urbana. En el informe final de la Comisión, publicado en el 2008 (OMS, 2008), se destaca la necesidad de abordar las inequidades que tienen su origen en los determinantes sociales, incluida la urbanización, y se propone enfrentarlas por medio de políticas y planes nacionales.

Algunos importantes eventos relacionados con la salud urbana que se realizaron en los últimos años incluyen los siguientes: Foro Regional de Salud Urbana en las Américas (México, D.F., 2007), Foro Mundial sobre Urbanización y Salud (Kobe, Japón, 2010), Segundo Foro Regional de Salud Urbana y Tercer Foro Regional sobre Promoción de la Salud (Nueva York, 2010), y la Conferencia Mundial de la Salud Urbana (Belo Horizonte, Brasil, 2011) (OMS y ONU-Hábitat, 2010; OPS/OMS, 2011).

Figura 2. Tendencias con respecto a la urbanización en la Región.



²⁷ Fuente: Urban and Rural Population, United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division, Population Estimates and Projections Division.

²⁸ Se puede consultar en: <http://www.un.org/spanish/milenio/ares552.pdf>

Recuadro 5. Principales resoluciones de la OPS y de la OMS relacionadas con la salud urbana.

Resolución	Año	Tema
CD48.R11	2008	Prevención de la violencia y los traumatismos y promoción de la seguridad: un llamado a la acción en la Región ²⁹
WHA62.12	2009	Atención primaria de salud, incluido el fortalecimiento de los sistemas de salud ³⁰
CD51.R4	2011	Estrategia y plan de acción sobre la salud urbana ³¹

En el recuadro 5 se resumen las principales resoluciones de la OPS/OMS y de la OMS relacionadas con el tema de la urbanización.

2. SITUACIÓN REGIONAL

AVANCES

En la Región de las Américas se encuentran seis de las mayores megalópolis del mundo (Buenos Aires, México, D.F., Los Ángeles, Nueva York, Rio de Janeiro y São Paulo). Además, América Latina y el Caribe es la subregión más urbanizada del mundo en desarrollo: al año 2010, 78,8% de los aproximadamente 556 millones de habitantes vivían en zonas urbanas (UNEDSA, 2011) y se prevé que ese porcentaje aumentará a 86,6% en el año 2050; se calcula que en América del Norte llegará a 88,6%.

Los recursos sociales que pueden prestar apoyo a una mayor calidad de vida son mayores en las zonas urbanas de la Región de las Américas. En las ciudades existe una mayor concentración de médicos (8 a 10 veces más concentración por población que en el entorno rural), al igual que de enfermeras, equipos, unidades médicas y hospitales (OPS/OMS, 2007).

El acceso informático, a estudios superiores y a conocimientos en materia de salud también está concentrado en las ciudades. Es en las ciudades donde se han gestado las iniciativas de control del tabaquismo (Buenos Aires; México, D.F.; Nueva York; São Paulo y otras) y del consumo nocivo de alcohol y otras sustancias psicoactivas.

Según el Programa Conjunto de Monitoreo del Abastecimiento de Agua y Saneamiento de la OMS y el UNICEF, el avance en el acceso al agua potable en el entorno urbano en la Región ha sido sistemático y muy superior al del entorno rural, excepto en dos países con gran crecimiento urbano (Panamá) o migratorio (República Dominicana)³².

Megaciudades, como México, D.F., Los Ángeles, Santiago de Chile y São Paulo, han elaborado planes metropolitanos multisectoriales para mejorar la calidad del aire. Diversos países también cuentan con redes de monitoreo de la calidad del aire en ciudades medianas (Brasil, Estados Unidos, México).

En la figura 3 se ilustran las diferencias regionales en el acceso al agua potable entre las zonas urbanas y rurales. A pesar de que las zonas rurales muestran más necesidades de avance, se observan importantes retrocesos en la cobertura urbana en países como Panamá y la República Dominicana (Roses, 2012).

Pocos países tienen sistemas de monitoreo atmosférico (PM2.5), del ozono y de otros gases tóxicos. Argentina, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Ecuador, Estados Unidos, México y Perú cuentan con normas para proteger la salud de la contaminación atmosférica.

La urbanización brinda oportunidades para reducir la pobreza y la desigualdad en materia de género, promover el desarrollo sostenible, proteger a los migrantes y las poblaciones indígenas, y mejorar la calidad de vida y el bienestar de la población.

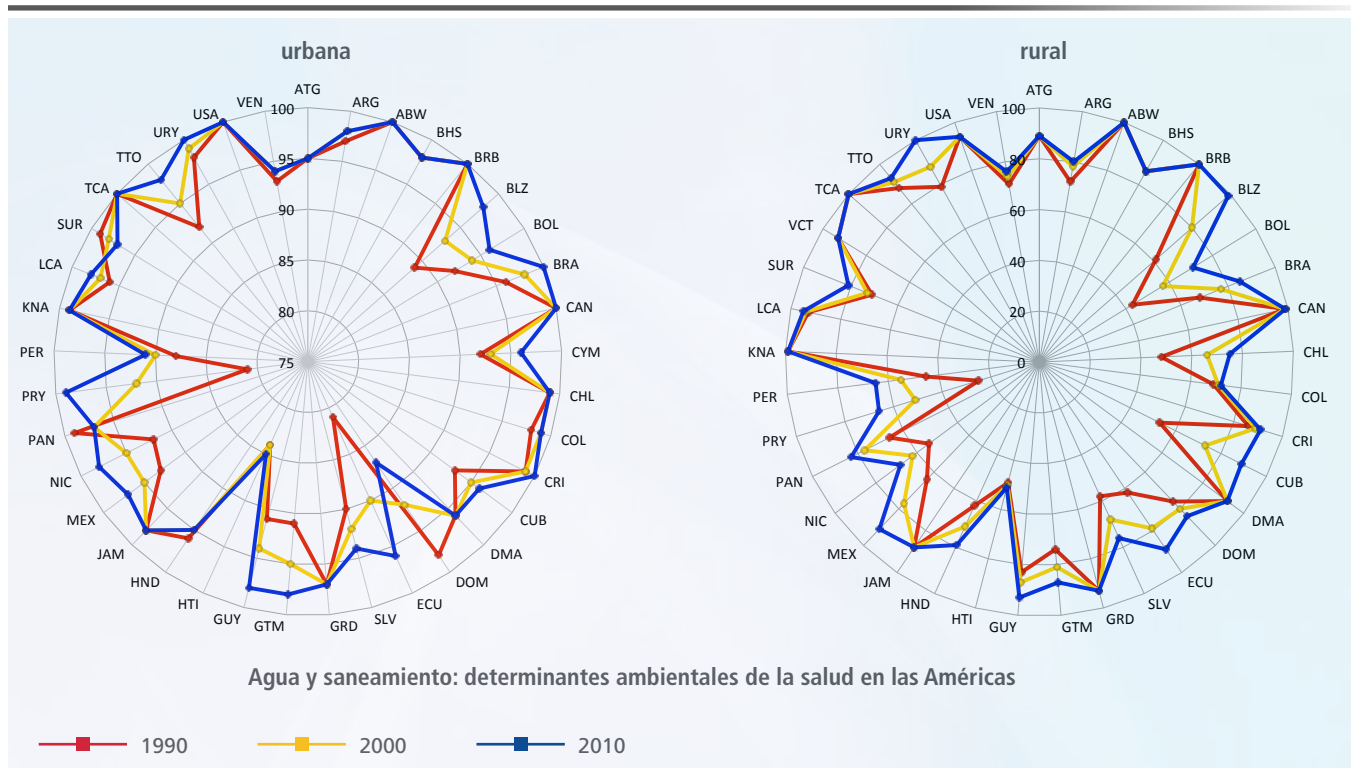
²⁹ Se puede consultar en: <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/CD48.r11-s.pdf>.

³⁰ Se puede consultar en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R12-sp.pdf.

³¹ Se puede consultar en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=15078&Itemid=

³² El Programa Conjunto de Monitoreo del Abastecimiento de Agua y Saneamiento de la OMS y el UNICEF es el mecanismo oficial de las Naciones Unidas para monitorear el progreso en relación al ODM relacionado con el agua potable y el saneamiento (ODM 7, meta 7c). Para más información se puede consultar: <http://www.wssinfo.org/>

Figura 3. Diferencias regionales con respecto al acceso al agua potable entre las zonas urbanas y las rurales.



Elaboración: Dr. Oscar J. Mújica, SDE/OPS

La Región se destaca por diversos avances metodológicos e iniciativas en torno a la salud urbana. La estrategia de “Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables”, adoptada por varios países de la Región, busca fortalecer la promoción de la salud a nivel local e incorporar el tema en la agenda política de los alcaldes y las autoridades locales. En Uruguay, se ha fortalecido el concepto de Comunidades Productivas y Saludables que busca incorporar la lógica de la economía verde en las iniciativas de desarrollo local. En el 2006 se realizó la Segunda Conferencia Internacional de Metrópolis Saludables en Buenos Aires (Argentina), con el objeto de debatir acerca del futuro de las megaciudades de América Latina.

El Proyecto GEO Salud, puesto en marcha en el 2002 por la OPS/OMS y el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA), se centra en la elaboración de herramientas y soluciones integradas para los problemas del medio ambiente y la salud en la Región. La iniciativa “Rostros, Voces y Lugares”, puesta en marcha por la OPS/OMS con el fin de acelerar el progreso hacia el logro de los ODM desde una perspectiva de la salud y el desarrollo, concentra sus esfuerzos en las comunidades más vulnerables de los países de la Región.

La instalación de Observatorios de Salud Urbana ayudó a fortalecer la capacidad institucional para el desarrollo de la investigación en salud y de temas de estudios urbanos, y conducir la planificación de medidas y políticas para mejorar la salud urbana, especialmente en las zonas intraurbanas de desigualdad.

BRECHAS

La población infantil que vive en las ciudades es motivo de especial preocupación. Los niños y las niñas menos privilegiados a menudo juegan, o incluso viven y trabajan, en las calles (OPS/OMS, 2010). El hecho de que un 30,8% de la población urbana viva en asentamientos irregulares generados por el crecimiento urbano rápido y no planificado es uno de los principales retos (OPS/OMS, 2010).

Las consecuencias del crecimiento de la población y de la urbanización sin planificación ni control han ampliado la brecha social dentro de las ciudades y dado lugar a importantes cinturones de pobreza con falta de oportunidades laborales, de vivienda y de seguridad y protección del medio ambiente (ECLAC/ILO, 2009).

Dos terceras partes de las personas que viven por debajo del umbral de pobreza en América Latina y el Caribe residen en comunidades urbanas y periurbanas. Aunque la incidencia relativa de la pobreza urbana en la Región disminuyó del 41% en 1990 al 29% en el 2007, el número de pobres en las ciudades aumentó de 122 millones a 127 millones en el mismo período (OPS/OMS, 2010).

Las ciudades de la Región de las Américas han atraído a un gran número de indígenas. En México, el Distrito Federal se considera actualmente la principal zona metropolitana con población indígena de la Región (Albertani, 1999); las ciudades como Chicago, Guatemala, Lima y Los Ángeles, entre otras, tienen dificultades similares para abordar las barreras culturales que estas poblaciones afrontan al intentar obtener acceso a los servicios.

La urbanización acelerada ha generado hacinamiento, lo que ha tenido como resultado asentamientos informales e inseguros, y la falta de servicios básicos de salud y saneamiento (GRNUHE, 2010). En el 2003 se calculó que el 5,1% de la población de los países más desarrollados de América Latina y el Caribe aun vivía en asentamientos informales, mientras que en los países menos desarrollados el porcentaje era del 31,9% (ONU-Hábitat, 2003).

Las condiciones de los entornos urbanos pueden exacerbar la prevalencia de una variedad de enfermedades infecciosas transmitidas por vectores (CDC, 2010) e incluso de las enfermedades desatendidas (Holveck, 2007).

En la Región, la razón de la mortalidad infantil entre el 20% de los más pobres y el 20% de los más ricos es de 6 a 1 en las ciudades (OPS/OMS, 2010). Las ECNT representan el 74% de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) perdidos y la obesidad en los centros urbanos sigue en aumento, siendo particularmente alarmante el incremento sin precedentes de la obesidad en la niñez (OPS/OMS, 2010). Los sistemas de información carecen actualmente del desglose suficiente sobre urbanización en cuanto al sexo, los grupos étnicos e indígenas y los migrantes.

La violencia se concentra en las ciudades, a menudo en las zonas más pobres y marginadas. Un estudio de múltiples países, que incluyó a dos países de la Región, indicó tasas elevadas de violencia en una ciudad principal de cada país: el 28% de las mujeres de São Paulo (Brasil) y el 51% de las mujeres

de Lima (Perú) manifestaron haber experimentado violencia física o sexual infligida por su pareja (OPS/OMS, 2010).

El consumo nocivo de alcohol representa una importante carga de morbilidad y sobrepasa los cálculos mundiales: en el 2002, el 5,4% de todas las defunciones y el 10% de todos los AVAD se atribuyeron al consumo nocivo de alcohol, con la mayoría de la carga en América Central y del Sur. La residencia en zonas urbanas se ha relacionado con índices mayores de consumo nocivo de alcohol (Nayga y Capps, 1994).

Los estratos socioeconómicos y niveles educativos bajos dan lugar a un riesgo mayor de muerte y de enfermedades y traumatismos relacionados con el alcohol, y este es un determinante social más importante para los hombres que para las mujeres.

La urbanización es un determinante social del tabaquismo. El consumo de tabaco está asociado con condiciones socioeconómicas bajas (OMS, 2010). En la Región, el tabaquismo es dos veces más frecuente en los hombres; además, el tabaquismo es mayor en las zonas más urbanizadas de los países en desarrollo debido a una mayor exposición a las prácticas energéticas y extendidas de la mercadotecnia y a la debilidad de los entornos regulatorios. En México, por ejemplo, la razón entre el consumo de tabaco en las zonas urbanas y las rurales es de 1,8 a 1 (INSP, 2008), aunque las tasas están comenzando a disminuir en la mayoría de las grandes zonas metropolitanas (Kopstein, 2001).

Los traumatismos por accidentes de tránsito causan 142.000 defunciones y unos 5 millones de traumatismos al año en la Región. Las tasas de mortalidad por accidentes de tránsito ajustadas por edad varían ampliamente de un país a otro, desde 4,3 hasta 21,8 por 100.000 habitantes (OPS/OMS, 2010). Los países de ingresos altos de la Región presentan una tasa de mortalidad del 20% que va en disminución, pero en América Latina esta tasa tiende a la alza y ha alcanzado el 40% (Nantulya and Reich, 2003); los países de ingresos bajos a medianos tienen un riesgo de mortalidad mayor (57%), y que aumenta aún más en las personas de 5 a 14 años de edad (250%) y en los menores de 4 años (124%).

Debido a la contaminación del aire, cada año puede haber en la Región hasta 93.000 defunciones por enfermedades cardiopulmonares, 13.000 defunciones por cáncer de pulmón y 58.000 años de vida perdidos debido a las infecciones

respiratorias agudas en menores de cuatro años de edad, además de 560.000 AVAD perdidos (OPS/OMS, 2010).

En las ciudades también se exacerban las desigualdades sociales. En el 2001, en la ciudad de Buenos Aires se vivía en una situación mucho mejor que en el resto del país, ya que presentaba porcentajes menores de viviendas en malas condiciones de habitabilidad (18,5% frente a 6,4%), de agua contaminada (21,3% frente a 1,9%) y de personas que no habían completado la educación primaria (8,6% frente a 4,8%) (OPS/OMS, 2010). Sin embargo, dentro de la propia ciudad también hay disparidades en materia de salud: la mortalidad infantil fluctúa entre 6,5 por cada 1.000 habitantes en una zona urbana y 16 por cada 1.000 habitantes en otras partes del Gran Buenos Aires (OPS/OMS, 2010).

También se observan disparidades entre los países: Honduras, Nicaragua y Paraguay tienen mayores porcentajes de pobres en las ciudades, del 55% al 63%; esta es una situación muy distinta a la de Chile, donde el porcentaje es del 18,5% (OPS/OMS, 2010).

3. DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN EN LOS PAÍSES

Con respecto al abastecimiento de agua y las condiciones de saneamiento, todos los países presentaron un avance en los niveles de cobertura urbana y la posibilidad de cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Se han elaborado normas y guías sobre la calidad del agua y se ha avanzado en el monitoreo de la calidad del agua para consumo humano, de acuerdo con las guías de la OMS al respecto.

También se ha avanzado en cuanto a la legislación específica mediante directrices para las políticas de agua y saneamiento, sustentadas en el diagnóstico de la prestación de los servicios de agua y saneamiento en las zonas urbanas. Se destaca el reto de atender a los barrios marginales con viviendas de baja calidad y falta de acceso a servicios básicos, así como el tratamiento de las aguas servidas y la vigilancia de la contaminación química de las fuentes de abastecimiento. La descarga de residuos urbanos sin tratar en cuencas y manantiales es un tema emergente en varios países.

Entre el 2002 y el 2010, la proporción de la población urbana beneficiada por los servicios de recolección apropiada de

desechos sólidos superó al crecimiento poblacional urbano; sin embargo, estos logros no fueron uniformes en todos los países o incluso entre distintas ciudades dentro de un mismo país. Se estima que el 50% de los residuos urbanos generados en la Región no reciben una disposición final adecuada (BID/AIDIS/OPS, 2010).

Varios de los países informaron haber elaborado normativas relacionadas con los desechos sólidos y haber promulgado leyes marco de residuos sólidos, al igual que legislación y planes para apoyar a los segregadores informales y para la clausura de botaderos de desechos a cielo abierto. Varias de estas leyes incluyen reglamentos sobre el manejo de residuos sólidos peligrosos, condiciones sanitarias y de seguridad mínimas en los rellenos sanitarios, y el manejo de los residuos procedentes de los establecimientos de atención de salud.

Los informes de países indicaron que el 50% de los residuos generados en la Región aun no reciben una disposición final adecuada. Esto se atribuye a la gestión fragmentada, insuficientemente financiada, y a la carencia de instalaciones técnicas apropiadas.

También se destacó la preocupación por la salud de los trabajadores de reciclaje informal de residuos y el trabajo infantil peligroso en botaderos. En general, los países se manifestaron sin avances en las propuestas de reducir, reutilizar y reciclar los residuos.

Abundaron los diagnósticos y estudios sobre la exposición a la contaminación del aire para apoyar la actualización de normas y de marcos legales. Varios informes describen la creación de redes nacionales de monitoreo de la calidad del aire. Sin embargo, es escasa la investigación en torno a las opciones para disminuir las emisiones de las ciudades, y prácticamente no existen datos ni cálculos estimativos confiables sobre las emisiones.

La creación de redes nacionales de ciudades y municipios saludables, de viviendas saludables y de escuelas promotoras de salud se destacó como un avance en la Región.

Se informó acerca de la aplicación de políticas para las ciudades que incluyen medidas de saneamiento, vivienda, transporte y movilidad urbana. Estas iniciativas se ven limitadas por la falta de planificación urbana y las crisis causadas por la presencia de vectores de enfermedades en el contexto

Recuadro 6. Guarulhos y el buen gobierno para el desarrollo sostenible.

Guarulhos, en São Paulo (Brasil), realizó 51 foros de salud participativos para identificar e incorporar las demandas de la población en la elaboración de las políticas y planes locales de salud. Alrededor de 1.300 representantes de los consejos locales de salud participaron, lo que dio lugar a respuestas más adecuadas y oportunas a las inquietudes y propuestas de mejora del sector de la salud.

El presupuesto participativo fue una de las herramientas utilizadas para canalizar directamente los deseos de la comunidad en las iniciativas locales.

Además, los principales líderes de la ciudad de Guarulhos han sido capacitados por la OPS/OMS en el uso del Instrumento de Evaluación y Respuesta en Materia de Equidad Sanitaria en los Medios Urbanos (conocido como Urban HEART por su sigla en inglés) para facilitar la medición de la situación de la salud urbana y los efectos de las políticas, planes, proyectos y programas en la equidad sanitaria y la salud de la población.

de fragilidades estructurales, con precarias condiciones de vivienda, saneamiento y urbanismo no planificado.

Un factor limitante en muchos de los países es la falta de datos y cálculos estimativos actualizados sobre la contaminación del aire en las viviendas. Los países señalaron como temas de atención las altas tasas de migración rural-urbana, la pobreza, los desplazamientos y los desastres como determinantes de las condiciones precarias de las viviendas.

Hay avances en cuanto a la seguridad vial gracias a la creación de marcos institucionales para regular el tránsito vehicular, la adopción de la legislación de tolerancia cero al consumo de alcohol y la conducción de vehículos, acompañada de medidas para asegurar el cumplimiento de la ley y de campañas de educación; también se conformaron iniciativas de uso del cinturón de seguridad y de sistemas de retención infantil.

Sin embargo, faltan programas para disminuir los accidentes de motocicletas, obligar a los motociclistas a usar casco y mejorar la seguridad peatonal. También faltan políticas nacionales que apoyen la inversión para lograr un transporte público accesible, en el que se tengan en cuenta las personas discapacitadas, y la promoción del transporte no motorizado como el uso de la bicicleta.

Varios países señalaron avances en la promoción de la salud urbana en cuanto a programas de estilos de vida saludable, educación, APS, medidas comunitarias de salud para la prevención y la atención, y actividades relacionadas con la salud mental y la nutrición infantil. Se destacaron la iniciativa

“Rostros, Voces y Lugares” y los programas y políticas sobre el tabaquismo.

Las brechas más importantes en el entorno urbano incluyen incorporar el tema de la equidad en materia de salud en las políticas de otros sectores, adaptar los servicios de salud a las necesidades de la población urbana, promover la creación de programas de salud para los migrantes que no tienen acceso a los servicios básicos y adoptar una estrategia clara para abordar la salud urbana integrada a políticas de ordenamiento territorial y desarrollo urbano. Algunos de los temas emergentes incluyen la capacitación de los diferentes niveles de los gobiernos descentralizados y de mecanismos de participación ciudadana, así como la consideración de la salud de los migrantes.

En materia de desastres, los países señalaron como un avance la creación de herramientas de autoevaluación del sector de la salud para la reducción de los riesgos y el índice de seguridad hospitalaria, que son progresivamente aplicados por los programas de desastres de los ministerios de salud, así como la elaboración de planes de preparación y respuesta a las emergencias de salud pública.

Todavía falta fortalecer las fases de prevención y preparación ante los desastres, y los procedimientos de evaluación de los riesgos de desastres y de la respuesta del sector, por medio de simulacros y de la extracción de enseñanzas.

Muchos países carecen de planes nacionales para hacer frente a las situaciones de desastre y a distintas amenazas, lo cual

Recuadro 7. Sistema Municipal de Prevención y Atención de Desastres (SIMPAD) de Medellín, Colombia.

Debido a sus características geológicas y topográficas, la ciudad de Medellín es propensa a sufrir inundaciones, incendios, accidentes tecnológicos, colapso de viviendas y otras situaciones similares.

Durante los últimos 14 años, la administración municipal ha mantenido una red comunitaria de voluntarios de prevención y atención de desastres (SIMPAD), responsable de poner en práctica políticas relacionadas con la prevención de desastres, la atención y la recuperación. Esto se hace mediante la gestión de riesgos a través de la creación, la promoción, la consolidación, la educación, la capacitación y el apoyo de una red de voluntarios provenientes de 16 comunas urbanas de la ciudad. El trabajo incluye un sistema de control y prevención de situaciones de emergencia, integrado por el mantenimiento comunitario de planes de emergencia, contingencia y evacuación, así como el acceso y la aplicación de los recursos públicos para la gestión de riesgos y los esfuerzos de recuperación.

El resultado ha sido una reducción significativa en el número de desastres que padece la ciudad y en sus efectos negativos. Un elemento clave para el éxito de esta iniciativa ha sido la revalorización y el reconocimiento de todos los involucrados en el proyecto (<http://www.medellin.gov.co>).

es particularmente crítico en el caso de las ciudades. El sector de la salud no cuenta con recursos financieros específicos para hacer frente a los desastres y los países de la Región señalan que todavía no han logrado avanzar en cuanto al manejo adecuado de los sistemas de captación del agua de lluvia responsables de las inundaciones.

Estos problemas se pueden atribuir particularmente a la ausencia de una planificación urbana, lo que ha dado lugar a grandes zonas de viviendas marginales en áreas de riesgo, que han sido la causa de inundaciones y deslizamientos de tierra graves en la Región.

4. PERSPECTIVAS FUTURAS

El medio urbano ofrece una gran oportunidad para el desarrollo y se constituye en una tendencia del modelo social y económico. Desde la perspectiva del sector de la salud se debe de actuar frente a los desafíos relativos al compromiso político y de otros actores sociales, la participación social, la intersectorialidad, la sustentabilidad y la equidad en la gestión de las políticas públicas urbanas.

Los Estados Miembros de la OPS/OMS, mediante la resolución CD51.R4 (OPS/OMS, 2011), propusieron una *Estrategia y plan de acción sobre la salud urbana* para responder a las necesidades sanitarias específicas de la población urbana de la Región de las Américas. En esta estrategia se contemplan

cinco principios orientadores: la equidad, la sostenibilidad, el desarrollo sostenible, la seguridad humana y el buen gobierno.

La finalidad de la resolución es prestar apoyo a los ministerios de salud para que: a) fortalezcan su función de rectoría en la promoción de la salud considerando los efectos de la urbanización; b) adapten los servicios de salud para que atiendan las necesidades específicas de las poblaciones urbanas; c) fortalezcan la capacidad institucional para poner en práctica un sistema de salud urbana; y d) propugnen por alcanzar una meta común y la responsabilidad compartida. La estrategia se basa en las cuatro esferas de rectoría, adecuación de los servicios de salud, mejoramiento de las capacidades institucionales y defensa de la causa de la salud urbana.

En el plan de acción 2012-2021 (OPS/OMS, 2011) se consideran cinco objetivos específicos y actividades conexas. Además de elaborar políticas de salud urbana y de promover la adaptación de los servicios de salud a las necesidades de la población urbana, tiene por objeto crear marcos normativos que fomenten la salud y estrategias de gobernanza participativas, ampliar las redes nacionales y regionales para el desarrollo urbano saludable, y fortalecer el conocimiento, la capacidad y la concientización para responder a los nuevos retos de la salud urbana.

Bibliografía

Albertani C. 1999. Los pueblos indígenas en la ciudad de México. Una aproximación. México, D.F.: Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco; *Política y Cultura* 1999; no. 12. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/267/26701211.pdf>

BID/AIDIS/OPS. 2010. Informe de la Evaluación Regional del Manejo de Residuos Sólidos Urbanos en América Latina y el Caribe 2010. Disponible en: <http://idbdocs.iadb.org/ws-docs/getdocument.aspx?docnum=36466973>

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). 2010. Dengue y dengue hemorrágico [Internet]. Atlanta (GA): CDC; 2010. Disponible en: <http://www.cdc.gov/spanish/enfermedades/dengue/>

Economic Commission for Latin America and the Caribbean/International Labour Organization Regional Office for Latin America and the Caribbean (ECLAC/ILO). 2009. Crisis in the labour markets and countercyclical responses [Internet]. *ECLAC/ILO Bulletin, The employment situation in Latin America and the Caribbean*; septiembre del 2009; no. 2. Disponible en: http://www.eclac.org/publicaciones/xml/1/37301/2009-639-Bulletin_2_ECLAC-ILO-WEB.pdf

Global Research Network on Urban Health Equity (GRNUHE). 2010. *Improving urban health equity through action on the social and environmental determinants of health: final report of the GRNUHE* [Internet]. Londres: GRNUHE; 2010. Disponible en: <http://www.ucl.ac.uk/gheg/GRNUHE/GRNUHEPublication/gnuhefinal>

Holveck JC, Ehrenberg JP, Ault SK, Rojas R, Vasquez J, Cerqueira MT, et al. 2007. Prevention, control, and elimination of neglected diseases in the Americas: pathways to integrated, inter-programmatic, inter-sectoral action for health and development [Internet]. *BMC Public Health*; 2007 Jan;7:6. Se puede encontrar en: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-7-6.pdf>

Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). 2008. *Encuesta nacional de adicciones 2008* [Internet]. Secretaría de Salud, Secretariado Técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones. México: 2008 [consultado el 5 de noviembre del 2010]. Disponible en: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ena08/ENA08_NACIONAL.pdf

Kopstein A. 2001. *Tobacco Use in America: Findings from the 1999 National Household Survey on Drug Abuse* (Analytic Series: A-15, DHHS Publication No. SMA (02-3622). Rockville (MD), US: Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), Office of Applied Studies; 2001. Disponible en: <http://www.oas.samhsa.gov/nhsda/tobacco/tobacco.pdf>

Nantulya VM and Reich MR. 2003. Equity dimensions of road traffic injuries in low- and middle-income countries. *Injury Control and Safety Promotion* 2003 Mar-Jun; 10(1-2):13-20.

Nayga R and Capps O. 1994. Analysis of alcohol consumption in the United States: probability and level of intake. *Journal of Food Distribution Research* [Internet]. Septiembre de 1994 (25)2:17-23. Disponible en: <http://econpapers.repec.org/article/agsjlofdr/27601.htm>

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). 2007. Agenda de Salud para las Américas 2008-2017. Washington, DC.

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). 2010. Mesa redonda sobre urbanismo y vida saludable. *Documento de antecedentes para el debate*. [Internet]. 50.º Consejo Directivo de la OPS, 62.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; 2010 Sep 27-Oct. 1; Washington, D.C., Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2010 (documento CD50/19, Add. I). Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?gid=8674&option=com_docman&task=doc_download

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). 2011. Resolución CD51.R4, Estrategia y plan de acción sobre la salud urbana. Washington, DC. Disponible en: http://www.bvsde.paho.org/texcom/sde/saludurbana_res.pdf

Organización Mundial de la Salud. 2008. Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud, Red de Conocimientos en Entornos Urbanos. *Our cities, our health, our future: acting on social determinants for health equity in urban settings* [Internet]. Kobe: OMS; 2008 (Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health from the Knowledge Network on Urban Settings). Disponible en:

http://www.who.int/social_determinants/resources/knus_final_report_052008.pdf

Organización Mundial de la Salud. 2010. Blas E, Sivakurup A, eds. *Equity, social determinants and public health programmes* [Internet]. Ginebra: OMS; 2010. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563970_eng.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS) y ONU-Hábitat. 2010. Las ciudades ocultas: revelación y superación de las inequidades sanitarias en los contextos urbanos.

Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos (ONU-Hábitat), Oficina Regional para América Latina y el Caribe (ONU-Hábitat, ROLAC). *Estado de las ciudades de América Latina y el Caribe* [Internet]. Rio de Janeiro: ONU-Habitat, ROLAC; 2010. Disponible en: <http://www.region-alcentrelacundp.org/images/stories/DESCENTRALIZACION/herramientas/estadociudades.pdf>

Roses M. 2012. Agua Potable y Disposición de Excretas: determinantes ambientales de la salud regional una exploración analítica de sus gradientes y desigualdades. Presentación en el Congreso de la Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria (AIDIS), Salvador, Brasil, Junio 3, 2012.

United Nations Department of Economic and Social Affairs (UNDESA) Population Division. *World Population Policies, 2009*. Disponible en: <http://www.un.org/esa/population/publications/wpp2009/wpp2009.htm>

United Nations Human Settlements Program (UN-Habitat). 2003. *The challenge of slums: global report on human settlements 2003* [Internet]. Londres: Earthscan Publications Ltd.; 2003. Disponible en: <http://www.unhabitat.org/pmss/listItemDetails.aspx?publicationID=1156>

EJE TEMÁTICO V

La reducción de los riesgos para la salud derivados de la contaminación y los peligros ambientales



1. INTRODUCCIÓN

Según la OMS, aproximadamente el 23% de las muertes y el 24% de la carga mundial de enfermedad se deben a causas ambientales evitables (OMS, 2006). En la Región, mientras que en Estados Unidos y Canadá los factores medioambientales se asocian con el 13% de la carga de enfermedad, en Bolivia y Haití este valor se aproxima al 24% (OMS, 2006).

La carga de enfermedad causada por factores medioambientales en los países en desarrollo es significativamente más elevada que en los países desarrollados, debido a las condiciones de mayor vulnerabilidad y de exposición a los factores de riesgo, así como a un acceso más limitado a servicios de salud apropiados.

A lo largo de las últimas dos décadas se realizaron avances metodológicos en temas relacionados con el monitoreo y la evaluación de la calidad ambiental, y con la medición de la exposición humana a diversos contaminantes. Se han realizado progresos significativos con respecto a las innovaciones tecnológicas que son ecológicamente más sustentables. El acervo de conocimientos y datos científicos en estos temas también ha aumentado substancialmente.

En varias reuniones de los Órganos Deliberantes de la OMS se ha puesto de relieve la importancia de los efectos en la salud pública de la contaminación y se han aprobado resoluciones al respecto, como las relativas al fomento de la seguridad química (resolución WHA50.13);³³ al enfoque estratégico para la gestión de los productos químicos a nivel internacional (resolución WHA56.22);³⁴ y a la gestión racional de los plaguicidas y otras sustancias químicas en desuso (resolución WHA63.26).³⁵

2. SITUACIÓN REGIONAL

A lo largo de las últimas dos décadas el acceso al agua potable en América Latina y el Caribe aumentó del 86% (en 1992) al 92% (estimado para el 2012) con una cobertura mayor en las zonas urbanas (95-98%) y más modesta en las zonas rurales (64-74%). El acceso al saneamiento básico también fue supe-

rior en las zonas urbanas y pasó del 83 al 88%; en las zonas rurales la cobertura fue notablemente insuficiente y pasó del 41 al 53%.³⁶

En América Latina y el Caribe, se calcula que anualmente ocurren unas 133.000 muertes prematuras asociadas a niveles insatisfactorios de calidad del aire. La contaminación del aire en interiores continúa siendo un riesgo en países de ingresos bajos y, en particular, para las mujeres y la población infantil. Existe una asociación directa entre la exposición a la contaminación del aire en interiores y la muerte prematura. En el 2007, se calculó que aproximadamente 87 millones de personas en América Latina y el Caribe todavía usaban biomasa como la fuente principal de combustible (OMS, 2009; Rehfuess, 2006).

La exposición a contaminantes químicos en la Región continúa siendo un problema de salud pública al que no se le ha prestado la debida atención. El progreso realizado a lo largo de los últimos años ha permitido reducir la exposición a algunos contaminantes, como el plomo, el mercurio y el asbesto. Sin embargo, persisten desafíos importantes relacionados con el uso de sustancias químicas, como los plaguicidas y los compuestos orgánicos persistentes, cuyos efectos en la salud no se registran de manera apropiada ni oportuna. Estas sustancias afectan más a los grupos de alto riesgo, en especial la población infantil, cuya vulnerabilidad es mayor dado su peso y metabolismo, y el grado de desarrollo de sus órganos y tejidos (Trejo-Acevedo y Díaz-Barriga et al., 2009), y algunos grupos de trabajadores.

Los países de la Región han suscrito a numerosos acuerdos, tratados, convenios, convenciones, protocolos y otros mecanismos internacionales que tienen por objeto la preservación de los recursos naturales. En su mayoría, estos instrumentos legales, ya sean vinculantes o no, también protegen directa o indirectamente a la salud humana. Sin embargo, en los informes nacionales no se hace referencia específica a la manera en que el sector de la salud está participando en su ejecución. En el recuadro 8 se resumen los instrumentos más citados en los informes de los países.

A pesar de los adelantos metodológicos, los datos científicos y las tecnologías en relación con la interacción entre los

³³ Se puede consultar en: http://www.who.int/neglected_diseases/mediacentre/WHA_50.13_Esp.pdf

³⁴ Se puede consultar en: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA56/sa56r22.pdf

³⁵ Se puede consultar en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R26-sp.pdf

³⁶ Fuente: Programa Conjunto de Monitoreo del Abastecimiento de Agua y Saneamiento de la OMS y el UNICEF (<http://www.wssinfo.org/>).

Recuadro 8. Acuerdos y tratados pertinentes que tienen por objeto la preservación de los recursos naturales.

Tratado	Año	Tema
Protocolo de Montreal	1989	Substancias que agotan el ozono
Convención de Basilea	1989	Transporte transfronterizo de desechos peligrosos
Convención de Rotterdam	1998	Consentimiento previo entre países con relación al comercio de sustancias químicas y plaguicidas
Convenio de Estocolmo	2001	Prohibición y regulación del uso y la emisión de contaminantes orgánicos persistentes

factores medioambientales y la salud, no todos los países de la Región han incorporado estas innovaciones de manera oportuna y eficiente. Esto se debe, entre otras razones, a la insuficiente priorización de los problemas asociados a la contaminación y al deterioro ambiental como parte de las agendas nacionales de desarrollo y de salud, al limitado desenvolvimiento institucional, incluida la falta de recursos humanos apropiados, a los presupuestos insuficientes y a las barreras en el acceso a estas innovaciones tecnológicas.

3. DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN EN LOS PAÍSES

AVANCES

En algunos países como Brasil, Canadá, Chile, Estados Unidos, México y Perú, se fortalecieron los órganos de gestión y control ambiental y se ampliaron las medidas intersectoriales orientadas a reducir algunos de los factores medioambientales que inciden en la salud. Esto ha permitido institucionalizar marcos legales y normativos relacionados con el registro de sustancias químicas, en especial los plaguicidas.

Se establecieron y en varios países (Brasil, Canadá, Chile, Estados Unidos y México) se ampliaron las redes de monitoreo de la calidad ambiental del aire, agua y suelos, y se mejoraron los inventarios de fuentes de emisiones de contaminantes. En consonancia, se amplió la cobertura y se aumentó la eficiencia de los programas y las medidas de control de las emisiones y de reducción de la exposición humana a contaminantes, y se pusieron en marcha programas de eliminación del uso del DDT mediante campañas de salud pública (Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, y Panamá).

En un reducido número de países (Brasil, Chile y México) se incorporaron en los esquemas de vigilancia epidemiológica nuevos indicadores sobre los efectos para la salud derivados

de la exposición a contaminantes. En otros países (Argentina, Brasil, Costa Rica, México y Uruguay) se ampliaron y fortalecieron los centros para el manejo de intoxicados. En Brasil, Colombia, Chile, Ecuador y México se promovieron proyectos de investigación relacionados con la salud ambiental. Asimismo, se ampliaron los programas de comunicación de riesgos dirigidos a distintos públicos.

Otros temas como la salud ocupacional, la exposición a radiaciones ionizantes y no ionizantes, y la promoción de medidas de mitigación y de gestión de desastres naturales y tecnológicos fueron priorizados por Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, México y Perú.

En 1999, Uruguay abrió la Unidad de Toxicología Laboral y Ambiental que brinda asesoramiento y apoyo especializado al diagnóstico y tratamiento de la exposición laboral y ambiental a sustancias químicas. En el 2010 se estableció la Unidad Pediátrica Ambiental lo que permitió implantar el tema de la salud ambiental infantil en el sector público y en la atención primaria, así como aumentar los conocimientos sobre la vulnerabilidad infantil a los riesgos ambientales.

BRECHAS

Los niveles de contaminación continúan siendo un tema especialmente preocupante, en particular en las comunidades más vulnerables. En función a las necesidades detectadas, resulta fundamental ampliar la cobertura y la eficiencia de los programas dirigidos a reducir la exposición a contaminantes, sobre todo en el caso de las poblaciones de mayor riesgo y vulnerabilidad, y en particular mejorar la cobertura y eficiencia de los programas de saneamiento básico y la garantía de la calidad del agua para consumo humano.

En general, los marcos legales y las normativas en temas relacionados con la salud ambiental no han sido actualizados y, a

menudo, no reflejan los criterios y recomendaciones internacionales y las condiciones y el nivel de desarrollo de los países. Asimismo, los estudios de impacto ambiental muchas veces no incorporan de manera más visible la dimensión de la salud.

La capacidad de respuesta de las instituciones nacionales responsables de la salud ambiental en los países es insuficiente, incluso con respecto a las competencias técnicas y de gestión. Además tampoco se cuenta con los recursos tecnológicos necesarios de acuerdo con las necesidades operacionales ni con la garantía presupuestaria necesaria.

Son insuficientes las medidas intersectoriales de regulación, vigilancia, monitoreo y fiscalización tanto a nivel nacional como a nivel subnacional.

No se han adoptado medidas de control lo suficientemente estrictas de la producción, importación, registro, empleo y disposición final de sustancias tóxicas y peligrosas.

La capacidad de remediación ambiental es muy restringida, incluida la del sector productivo. A ello se suma la falta de inventarios actualizados de los sitios contaminados, lo que limita el establecimiento de prioridades y la puesta en práctica de las intervenciones necesarias.

No se ha involucrado de manera proactiva a las diferentes instancias y sectores gubernamentales, el sector privado y la sociedad civil en la aplicación y seguimiento a nivel nacional de las convenciones y protocolos internacionales suscritos por los países.

La cobertura y eficiencia del monitoreo de la calidad ambiental es limitada, lo que restringe la capacidad de comparar los resultados tanto a nivel interno como entre los países. El intercambio de experiencias y de información, y la transferencia de tecnologías a nivel internacional es aun insuficiente.

La capacidad analítica y resolutive de los laboratorios nacionales de referencia es limitada.

La comunicación de riesgos no está organizada de manera sistemática tanto para los tomadores de decisiones como para la sociedad en general. El intercambio de información y experiencias entre investigadores, académicos y gestores de los servicios de salud ambiental es insuficiente.

Las instancias para resolver los conflictos socioambientales son aun muy limitadas.

TEMAS EMERGENTES

Entre los temas emergentes que se destacaron en los informes de los países se encuentran:

- los grandes daños ambientales y efectos perjudiciales para la salud asociados con las actividades extractivas y mineras, en expansión en diferentes países de la Región, sobre todo en zonas socialmente deprimidas;
- el incremento en la frecuencia y la gravedad de accidentes y desastres naturales y tecnológicos con un gran impactos en el medio ambiente y la salud;
- la degradación ambiental progresiva que está afectando la resiliencia de los ecosistemas y, en consecuencia, la salud humana; y
- la insuficiente evaluación de riesgos asociados con la innovación tecnológica.

4. PERSPECTIVAS FUTURAS

Los países de la Región han avanzado en cuanto al diagnóstico y control de algunos de los factores de riesgo ambiental. No obstante, muchos de los problemas de larga data continúan vigentes y otros nuevos empiezan a sumarse.

Además de salvar las brechas detectadas, algunos países proponen afinar sus intervenciones en función de los diferentes gradientes de riesgos, utilizando las diferentes metodologías disponibles. Ello ayudará a que el proceso de fijación de prioridades sea más racional y, a la vez, más justo, puesto que permitirá concentrar los recursos limitados y la capacidad de respuesta en función de aquellos que estén en mayores condiciones de vulnerabilidad.

Es necesario analizar la conveniencia de ampliar la oferta de incentivos financieros y no financieros que estimulen respuestas más eficientes y productivas, en función de prioridades.

En el recuadro 9 se presenta un ejemplo de alternativas sostenibles para el control de la malaria en México y Centroamérica.

Recuadro 9. Programa Regional de Acción y Demostración de Alternativas Sostenibles para el Control de Vectores de la Malaria sin Uso de DDT en México y Centroamérica (Proyecto DDT/PNUMA/GEF/OPS).

En la subregión mesoamericana, aproximadamente 90 millones de personas, entre ellas población indígena, viven en zonas de riesgo de transmisión de la malaria. Desde los años 50, los países del continente americano han establecido programas para la atención de la malaria en los que se enfatizó la eliminación del vector con el uso de DDT. Para los países mesoamericanos se estima que se emplearon alrededor de 85.000 toneladas de DDT.

La alerta sobre la persistencia del DDT y sus efectos nocivos sobre la salud y el medio ambiente indujo a los países mesoamericanos, al PNUMA, GEF y la OPS/OMS a preparar y ejecutar este proyecto de lucha contra la malaria sin el empleo de DDT, entre los años 2003 y 2008. Esta estrategia enfatizó el control focalizado de la malaria, la erradicación de los parásitos persistentes, el control de larvas del vector mediante la remoción de la vegetación acuática de criaderos y la prevención del contacto con el vector adulto, mediante el trabajo comunitario organizado y usando técnicas de bajo costo y bajo impacto para los ecosistemas.

Los logros más importantes fueron:

- La adopción por parte de los gobiernos del modelo de control integral del vector de la malaria en las áreas demostrativas, con técnicas alternativas, sin el empleo de DDT, lo que ha contribuido a prevenir la reintroducción del mismo. En 202 comunidades demostrativas de Mesoamérica se redujo en 63% el número de enfermos. Esta reducción es parte igualmente de los esfuerzos para el logro de la meta propuesta en los ODM y la iniciativa de “Hacer Retroceder el Paludismo”.
- El fortalecimiento de las capacidades institucionales de los países para controlar la malaria sin el empleo de DDT, mediante un programa sostenido de vigilancia epidemiológica y entomológica, un sistema de información geográfica, la participación social y la planificación participativa.
- Bajo el marco regulatorio del Convenio de Basilea se dio disposición final adecuada a los remanentes de plaguicidas de México y el empaque seguro para los de otros países.
- Se han dado las condiciones de sostenibilidad del proyecto, debido al empoderamiento institucional y comunitario del modelo de control de la malaria con alternativas amigables adaptadas a las condiciones socioculturales de las comunidades (PNUMA/GEF/OPS, 2008).

Bibliografía

Organización Mundial de la Salud (OMS). 2006. Ambientes saludables y prevención de enfermedades: Hacia una estimación de la carga de morbilidad atribuible al medio ambiente. http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/previdisexecsumsp.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS). 2009. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. OMS: Ginebra.

PNUMA/GEF/OPS. 2008. Programa Regional de Acción y Demostración de Alternativas Sostenibles para el Control de Vectores de la Malaria sin Uso de DDT en México y América Central. Informe Final. Washington, D.C.

Rehfuss E. 2006. Fuel for life: household energy and health. World Health Organization (WHO): Ginebra. Disponible en: <http://www.who.int/indoorair/publications/fuelforallife/index.html>

Trejo-Acevedo A, Díaz-Barriga F, Carrizales L, Domínguez G, Costilla R, Ize-Lema I, Yarto-Ramírez M, Gavilán-García A, Mejía-Saavedra J, Pérez-Maldonado I. 2009. Exposure assessment of persistent organic pollutants and metals in Mexican children. *Chemosphere*, Volumen 74, Número 7, febrero del 2009, páginas 974-9. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0045653508012824>

EJE TEMÁTICO VI

Las enfermedades crónicas no transmisibles



1. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), principalmente las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas, constituyen la principal causa de mortalidad y de costos sanitarios evitables en la Región, con unos 4,45 millones de defunciones en el 2007 (OPS/OMS, 2011a).

Las ECNT son causadas en gran parte por factores de riesgo comunes como el tabaquismo y la exposición pasiva al humo de tabaco, la alimentación poco saludable, la falta de actividad física, la obesidad y el consumo nocivo de alcohol. Los cambios demográficos, los patrones de comportamiento, la expansión de la urbanización con altos niveles de contaminación ambiental, la violencia, y los pocos espacios para el esparcimiento también favorecen la epidemia de ECNT.

Los determinantes sociales de la salud, como los ingresos, la educación, el empleo y las condiciones de trabajo, el grupo étnico y el género, ejercen una enorme influencia en la aparición de este tipo de enfermedades (OMS, 2011a). Así, las ECNT constituyen un complejo problema de salud pública y un reto para el desarrollo económico que requiere intervenciones del sector de la salud, así como de otros sectores gubernamentales, la sociedad civil y el sector privado (Abegunde et al., 2007; Beaglehole et al., 2011; Daar et al., 2007; Kreamsoulas and Anand, 2010).

La estrecha relación de las ECNT con los determinantes sociales de la salud pone de relieve además la importancia del enfoque de la salud familiar comunitaria para la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades y de los riesgos a nivel local. Es importante promover la participación de las comunidades urbanas y rurales, y fomentar la educación para la salud a fin de lograr cambios de comportamiento.

En la Declaración política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles (septiembre del 2011) se reconoció que la carga y la amenaza mundial que representan estas enfermedades constituyen uno de los principales obstáculos para el desarrollo en el siglo XXI, puesto que socavan el desarrollo social y económico en todo el mundo y ponen en peligro la consecución de los objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente (Naciones Unidas, 2011).

2. SITUACIÓN REGIONAL

Las ECNT son responsables de tres de cada cuatro defunciones en la Región de las Américas (OPS/OMS, 2011a). Se estima que las enfermedades cardiovasculares provocan al año 1,9 millones de muertes; el cáncer, 1,1 millones; la diabetes, 260.000 y las enfermedades respiratorias crónicas, 240.000. Se calcula que más de 200 millones de personas padecen alguna ECNT en la Región (OPS/OMS, 2011a).

La carga de muertes prematuras por ECNT es de especial interés: 1,5 millones de personas mueren antes de llegar a los 70 años de edad, lo cual plantea graves consecuencias para el desarrollo social y económico. Además, la pérdida de productividad y el impacto en el crecimiento económico de la carga de las ECNT pone en riesgo la estabilidad de los sistemas de pensiones en varios países de la Región.

Los pobres se ven afectados desproporcionadamente por las ECNT (Fleischer et al., 2011; Kreamsoulas and Anand, 2010). Casi 30% de las muertes prematuras por enfermedades cerebrovasculares se concentran en el 20% más pobre de la población, mientras que solo 13% de esas muertes prematuras se producen en el 20% más rico (OPS/OMS, 2011a).

Hay aproximadamente 145 millones de fumadores de más de 15 años de edad en la Región de las Américas, con enormes variaciones entre países. La prevalencia es de 38% en Chile y de 9% en Panamá. Si bien la mayoría de los fumadores de la Región son hombres, el tabaquismo está aumentando en las mujeres, especialmente en las más jóvenes (OPS/OMS, 2011a). También se observa un aumento del consumo nocivo de alcohol y otras sustancias psicoactivas en los adolescentes (OPS/OMS 2011a).

La obesidad y el sobrepeso, especialmente la obesidad en la niñez, afecta a aproximadamente 139 millones de personas o 25% de la población del continente americano. Se prevé que esta cifra aumentará rápidamente y alcanzará los 289 millones para el 2015 (39% de la población total de la Región) (OPS/OMS, 2011a).

El problema es más marcado en las mujeres en casi todos los países a causa del escaso consumo de frutas y verduras y de la prevalencia elevada de la inactividad física. En los niños y niñas en edad escolar (de 5 a 12 años de edad), las tasas de obesidad y sobrepeso han aumentado vertiginosamente en

el último decenio: han llegado a 20% en Colombia y a 30% en Estados Unidos (OPS/OMS, 2007).

En un estudio conjunto realizado por la OMS y el Foro Económico Mundial, se calculó que si no se toma ninguna medida, las ECNT costarán a los países de ingresos bajos y medianos casi US\$ 500.000 millones por año, lo que equivale a 4% de su actual producto interno bruto (PIB) (OMS, 2011b; WEF and HSPH, 2011).

En América Latina y el Caribe, se calcula que tan solo la diabetes tiene un costo de US\$ 65.000 millones al año (Barcelo, 2003). La obesidad, para la cual se prevé un aumento en las tendencias en los adultos en México y Brasil de entre 13 y 17% entre el 2010 y el 2030, está asociada con un costo de atención sanitaria que oscila entre US\$ 400 y 600 millones al año. Una reducción de 1 a 5% del promedio del índice de masa corporal en ese período representaría un ahorro de \$100 a 200 millones (OPS/OMS, 2011b).

Se ha observado un aumento de la enfermedad renal crónica por causa desconocida en América Central y el sur de México, con alta prevalencia en hombres agricultores menores de 60 años que están expuestos a los riesgos ocupacionales de la actividad agrícola, la variabilidad de alteraciones del cambio climático y la contaminación ambiental de las zonas costeras (Pereza y Wesseling et al., 2012).

Se estima que la cobertura del examen de detección temprana para el cáncer cervicouterino continúa siendo inferior al 50% (Luciani y Jauregui et al., 2009).

AVANCES

Los países de la Región han reconocido a las ECNT y sus factores de riesgo como los mayores causantes de mortalidad y discapacidad prevenibles. También ha sido importante el reconocimiento político del más alto nivel de las ECNT en la Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas del 2011 (Naciones Unidas, 2011).

Se han generado nuevos conocimientos acerca de la carga de las ECNT y su repercusión sobre las sociedades y las economías (WEF and HSPH, 2011). Actualmente se conoce de forma más clara la manera en que las condiciones en que viven las personas, su entorno y su estilo de vida influyen en su salud y calidad de vida (OPS/OMS, 2011b).

También se conocen cuáles son las intervenciones más eficaces en función de los costos para la prevención y el control de las ECNT (recuadro 10). Las intervenciones eficaces que se puede aplicar si los recursos lo permiten incluyen la asistencia domiciliaria para personas afectadas por las ECNT (Bodenheimer and Berry-Millett, 2009), la orientación para abandonar el tabaquismo, la detección sistemática e intervenciones breves para problemas relacionados con el consumo nocivo de alcohol (OMS, 2010a), el etiquetado de los alimentos, las restricciones a la publicidad de alimentos y bebidas dirigida a los niños (OMS, 2010b; Brownell and Schwartz, 2009), la promoción de la actividad física en el lugar de trabajo (Hoehner, Soares, and Perez, 2008), el mejoramiento de las condiciones de trabajo y el cuidado de los pies para las personas diabéticas.

Argentina, Brasil, Canadá, México y Trinidad y Tabago han establecido mecanismos nacionales de asociación multisectorial. La Alianza Panamericana por la Nutrición y el Desarrollo es un mecanismo que permite ejecutar programas intersectoriales para abordar el problema de la obesidad y las enfermedades no transmisibles (OPS/OMS, 2011b).

Se han fortalecido los sistemas de vigilancia de las ECNT y sus factores de riesgo en la Región. Los países han definido los indicadores de vigilancia de las ECNT y una tercera parte de ellos cuenta con sistemas de recolección y análisis de datos usando la metodología recomendada por la OPS/OMS. Varios países han realizado encuestas de prevalencia de las ECNT y los factores de riesgos. Además, los países de la Región están en proceso de adoptar las distintas guías regionales y mundiales para la vigilancia de las ECNT.

La ejecución de medidas de promoción de la salud y de prevención de las ECNT y sus factores de riesgos ha avanzado significativamente en la Región. Actualmente, muchos países cuentan con planes de ECNT que incluyen líneas de acción sobre la promoción de la salud por medio de la alimentación saludable, la actividad física y el control del consumo del tabaco y alcohol. También se han establecido acuerdos con la industria para reducir el contenido de grasas saturadas y de sal en los alimentos procesados.

Se observó un importante fortalecimiento de los servicios de salud para la atención de las ECNT. Dieciocho países de la Región cuentan con estrategias integradas de atención primaria de salud para mejorar la calidad del cuidado de las personas que tienen alguna ECNT.

Recuadro 10. Resumen de las opciones más eficaces para combatir las enfermedades no transmisibles.

Tema	Intervenciones
Control del tabaco	<ul style="list-style-type: none">● Aumento de los impuestos sobre el tabaco● Prohibición de fumar en lugares públicos● Advertencias en las etiquetas● Prohibición de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco
Control del alcohol	<ul style="list-style-type: none">● Aumento de los impuestos sobre el alcohol● Restricción del acceso a bebidas alcohólicas vendidas al por menor● Prohibición de la publicidad, la promoción y el patrocinio del alcohol
Alimentación saludable y vida activa	<ul style="list-style-type: none">● Concientización del público● Reemplazo de las grasas trans en los alimentos por grasas poliinsaturadas● Reducción del contenido de sal en los alimentos
Tamizaje para detectar el cáncer	<ul style="list-style-type: none">● Tamizaje para detectar el cáncer cervicouterino, seguido de la remoción de lesiones● Detección del cáncer de mama mediante una mamografía cada dos años en las mujeres de 50 a 70 años de edad, seguida del tratamiento● Detección temprana del cáncer colorrectal y el cáncer de la cavidad bucal
Tratamiento clínico de las enfermedades no transmisibles	<ul style="list-style-type: none">● Tratamiento con una combinación de fármacos para las personas en alto riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares● Tratamiento con ácido acetilsalicílico para el infarto de miocardio● Control glicémico para la diabetes● Tratamiento del asma persistente con esteroides inhalados

BRECHAS

El alto nivel de inequidad existente en la Región repercute considerablemente en la prevalencia de las enfermedades no transmisibles (OPS/OMS, 2011c).

Muchos países de la Región siguen teniendo sistemas y servicios de salud sumamente fragmentados, lo que genera dificultades con respecto al acceso a servicios de buena calidad para la detección temprana, el diagnóstico y el tratamiento de las ECNT. Brasil, Canadá, Chile, Costa Rica y Cuba han avanzado en la integración y la reorganización de sus redes de prestación de servicios de salud para abordar mejor las ECNT (OPS/OMS, 2011b).

Los sistemas de vigilancia de las ECNT y de sus factores de riesgos siguen siendo insuficientes para la producción de información sobre la prevalencia e incidencia de estas enfermedades. La salud mental, por ejemplo, cuyos síntomas como la depresión y la ansiedad se consideran un preludeo para el desarrollo de las ECNT, sigue siendo un área olvidada en la prevención y control de las ECNT.

A pesar de los avances en el área de la promoción de la salud y la prevención de las ECNT, la adopción de medidas relacionadas con un estilo de vida saludable, como la promoción de la actividad física, una alimentación saludable, el control del consumo del tabaco y alcohol, continúa siendo baja en la Región. Hay insuficiente información pública sobre las medidas básicas de prevención. Resulta crucial disminuir la comercialización y propaganda masivas del tabaco, el alcohol y la comida de baja calidad nutricional.

3. DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN EN LOS PAÍSES

A continuación se describen algunos de los principales avances de los países de la Región para combatir las ECNT.

- Casi todos los Estados Miembros han formulado planes nacionales sobre las ECNT y han mejorado su vigilancia y los datos sobre factores de riesgo y la mortalidad por esas enfermedades.

- Varios países han establecido mecanismos multisectoriales para aplicar un enfoque de las ECNT que abarque toda la sociedad, como el Consejo Nacional para la Prevención y Control de Enfermedades Crónicas no Transmisibles (CONACRO) en México, la iniciativa “Let’s Move!” de la Primera Dama de los Estados Unidos³⁷ y el plan nacional para enfrentar las ECNT de Brasil.³⁸
- El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco ha sido ratificado por 29 países de la Región de las Américas y ha conducido a la adopción de medidas de control del tabaco eficaces en función de los costos.
- La reducción de la sal alimentaria se está promoviendo en Argentina, Brasil, Canadá, Chile y Estados Unidos mediante enfoques multisectoriales.
- Para abordar el problema de la obesidad, países como Aruba, Canadá, Colombia, Estados Unidos y México han establecido políticas multisectoriales y leyes y programas orientados a promover un peso saludable en los niños, los jóvenes y los adultos.
- Se ha ampliado el acceso a la atención preventiva para personas con enfermedades no transmisibles en varios países. Jamaica ha establecido un innovador fondo nacional de salud pública; Estados Unidos ha reformado el sector de la salud; Brasil ofrece medicamentos gratuitos para la hipertensión y la diabetes, y atención gratuita para el cáncer de mama y cervicouterino; México garantiza la cobertura de las ECNT en el Seguro Popular; Chile ofrece la cobertura del Plan AUGE de servicios para las ECNT; Trinidad y Tabago ha puesto en marcha el Programa de Asistencia de Enfermedades Crónicas que está contribuyendo a una marcada disminución en las tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares.
- Más de 10 países de la Región han incrementado el tamizaje para detectar el cáncer cervicouterino mediante la introducción de nuevas tecnologías y enfoques para mejorar la cobertura, la calidad y el tratamiento ulterior de las mujeres en riesgo.

³⁷ Para más información se puede consultar: <http://www.letsmove.gov/en-espanol>

³⁸ Para más información se puede consultar: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1818

4. PERSPECTIVAS FUTURAS

La OPS/OMS, en virtud de los avances conseguidos en los últimos años, los enormes desafíos identificados y con el objetivo de responder de manera eficaz a la Declaración política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles está renovando su estrategia para prevenir y controlar las ECNT en la Región.

Es necesario fortalecer el proceso de elaboración de políticas públicas para la atención de las ECNT y sus factores de riesgo. No existe suficiente conciencia entre los responsables de tomar las decisiones acerca del impacto de las ECNT sobre la economía y el desarrollo de los países. La inversión de recursos económicos por parte de los países continúa siendo baja en el tema de la prevención de las ECNT y falta que se incluya el tema en los paquetes de protección social.

La nueva estrategia y plan de acción hacen hincapié en los cuatro tipos de ECNT (enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas) y los cuatro factores de riesgo (tabaquismo, régimen alimentario poco saludable, inactividad física y consumo nocivo de alcohol) identificados por la OMS y las Naciones Unidas como los que causan la mayor carga sanitaria (Naciones Unidas, 2011; OMS, 2011b). También se ha incluido la obesidad, por ser un importante problema de salud pública que agrava la carga de las ECNT en la Región de las Américas (OMS, 2011a).

El propósito general de la estrategia regional es reducir la mortalidad, la morbilidad, los factores de riesgo prevenibles y los costos asociados con las enfermedades no transmisibles y, de ese modo, promover el bienestar y mejorar la productividad y las perspectivas de desarrollo en la Región.³⁹

Esta estrategia hace hincapié en la necesidad de otorgar mayor atención a las ECNT en los programas económicos y de desarrollo de los Estados Miembros y la comunidad internacional (Naciones Unidas, 2011). Se enfatiza el enfoque multisectorial, el trabajo interprogramático dentro de la OPS y la OMS; y la implementación gradual de las “opciones más ventajosas” identificadas por la OMS (OMS, 2011b) y de otras medidas eficaces en función de los costos.

³⁹ Para más información se puede consultar: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=70227Itemid=39541&langu=es

Recuadro 11. Principios esenciales de la estrategia y plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles.

- a) Las enfermedades no transmisibles deben estar presentes en los programas económicos y de desarrollo tanto nacionales como regionales, de acuerdo con la declaración política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas.
- b) Se debe adoptar un enfoque que abarque a toda la sociedad con respecto a las enfermedades no transmisibles; esto requiere establecer alianzas estratégicas con sectores fuera del campo de la salud, con la participación de los gobiernos, la sociedad civil y el sector privado.
- c) Los determinantes sociales, incluidos los factores económicos y ambientales, contribuyen considerablemente a las enfermedades no transmisibles. A fin de reducir las desigualdades en materia de salud, las políticas y los programas sobre las enfermedades no transmisibles deben abordar estos determinantes.
- d) El género, el grupo étnico, la situación migratoria y las dimensiones culturales deben ser incorporados en el diseño de las políticas y los programas sobre las enfermedades no transmisibles.
- e) Las estrategias de promoción de la salud deben combinar políticas saludables, un enfoque de entornos saludables y el empoderamiento de las personas y las comunidades para modificar los determinantes de la salud y estimular la acción en las escuelas, los lugares de trabajo y las comunidades.
- f) Es necesario un enfoque que abarque la totalidad del ciclo de vida, dado que las fases iniciales de la vida son los períodos en que resultan más eficaces las intervenciones para garantizar el envejecimiento saludable en el otro extremo del espectro de edades.
- g) Se requieren enfoques integrales y basados en datos probatorios en todo el espectro de servicios de atención de salud, incluidas la promoción, la prevención, la detección sistemática, el diagnóstico, el tratamiento, el autocuidado de los pacientes, la rehabilitación y los cuidados paliativos.
- h) Es preciso fortalecer los sistemas de salud y reorientarlos hacia la atención para las enfermedades crónicas, haciendo hincapié en la integración de la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en la atención primaria de salud.
- i) La atención integrada de buena calidad y la seguridad del paciente son elementos clave para mejorar la salud de las personas que tienen alguna enfermedad no transmisibles.
- j) Una sólida capacidad normativa y de reglamentación es la base de la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles.
- k) La comunicación social, usando tanto los medios tradicionales como los medios nuevos de comunicación social, puede ayudar a promover entornos y comportamientos saludables y a mejorar los resultados en materia de salud.

La estrategia incluye resultados explícitos, metas y objetivos de exposición para la Región, en concordancia con el marco de vigilancia mundial de la OMS y las metas allí establecidas (OMS, 2008). En la estrategia además se presenta una hoja de ruta regional para la prevención y el control de las ECNT en el período 2012–2020, lo que representa un avance con respecto a la estrategia anterior.

Bibliografía

Abegunde D, Mathers C, Adam T, et al. 2007. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. *Lancet* 2007;370:1929-38.

Barcelo A, Aedo C, Rajpathak, S, Robles S. 2003. The cost of diabetes in Latin America and the Caribbean. *Bulletin of the World Health Organization* 2003;81:19-27.

- Beaglehole R, Bonita R, Horton R, et al. 2011. Priority actions for the non-communicable disease crisis. *Lancet* 2011, doi:10.1016/S0140-6736(11)60393-0.
- Bodenheimer T, Berry-Millett R. 2009. Care management of patients with complex health care needs. San Francisco, CA: The Robert Wood Johnson Foundation; 2009.
- Brownell KD, Schwartz MB, Puhl RM, et al. 2009. The need for bold action to prevent adolescent obesity. *J Adolescent Health* 2009;45:S8-17.
- Daar A, Singer P, Leah Persad D, et al. 2007. Grand challenges in chronic non-communicable diseases. The top 20 policy and research priorities for conditions such as diabetes, stroke and heart disease. *Nature* 2007;450:494-6.
- Fleischer NL, Diez Roux A, Alazraqui M, et al. 2011. Socioeconomic gradients in chronic disease risk factors in middle income countries: evidence of effect modification by urbanicity in Argentina. *Am J Public Health* 2011;101:294-301.
- Hoehner CM, Soares J, Perez DP, et al. 2008. Physical activity interventions in Latin America: a systematic review. *Am J Prev Med* 2008;34:224-33.
- Kreatsoulas C, Anand SS. 2010. The impact of social determinants on CVD. *Can J Cardiol* 2010(Suppl. C):8C-13.
- Luciani S, Jauregui B, Kienv C, Andrus JK. 2009. Human Papillomavirus Vaccines: new tools for accelerating cervical cancer prevention in developing countries. *Immunotherapy* Sep 1(5): 795-807.
- Naciones Unidas. 2011. Asamblea General. Sexagésimo sexto período de sesiones. Declaración política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles. Resolución A/RES/66/2 [Internet]. Nueva York: Naciones Unidas; 19 de septiembre del 2011 [consultado el 24 de julio del 2012]. Disponible en: <http://documents-dds-y.un.org/doc/UNDOC/LTD/N11/497/80/pdf/N1149780.pdf?OpenElement>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). 2008. Action plan for global strategy for the prevention and control of non communicable diseases. Ginebra: OMS; 2008.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). 2010a. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). 2010b. Conjunto de recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). 2011a. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010 [informe de orientación en español]. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). 2011b. Scaling up action against noncommunicable diseases: How much will it cost?. Disponible en: <http://www.who.int/nmh/publications>
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). 2011c. Regional consultation: priorities for cardiovascular health in the Americas. Key messages for policymakers. Washington, D.C.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). 2011a. Non-communicable diseases basic indicators 2011: minimum, optimum, and optional data set for NCDs. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=1930&Itemid=1708&lang=en
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). 2011b. Enfermedades no transmisibles en las Américas: Construyamos un futuro más saludable. Washington, DC: OPS.
- Peraza S, Wesseling C, Aragon A, Leiva R, García-Trabanino RA, Torres C, Jakobsson K, Gustaf Elinder C, Hogstedt C. 2012. Decreased Kidney Function Among Agricultural Workers in El Salvador. *American Journal of Kidney Diseases*. Abril 2012, Vol. 59, Número 4, páginas 531-540. Disponible en: <http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/0272-6386/PIIS0272638611017859.pdf>
- World Economic Forum and the Harvard School of Public Health. 2011. The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases. Documento preparado por el Foro Económico Mundial y la Escuela de Salud Pública de Harvard. (2011). Disponible en : <http://www.weforum.org/EconomicsOfNCD>

EJE TEMÁTICO VII

El cambio climático



1. INTRODUCCIÓN

Además de ser un tema emergente, el cambio climático representa un desafío importante para la salud. Sus efectos nocivos pueden ser directos o indirectos. Los extremos climáticos como el estrés térmico y los desastres meteorológicos afectan directamente a la salud, causando muertes y morbilidad. La transmisión de enfermedades por vectores, por el agua o por los alimentos, así como la inseguridad en el suministro de agua y alimentos que causan enfermedades transmisibles y no transmisibles, son ejemplos de consecuencias indirectas del cambio climático.

Los desastres, las sequías y las enfermedades causadas por el cambio climático pueden generar problemas sociales y económicos, como el desplazamiento de poblaciones (OPS/OMS, 2008a; OPS/OMS, 2008b). A nivel mundial se estima que el cambio climático causa aproximadamente el 0,2% de todas las muertes y en la Región unas 2.000 muertes anuales (OMS, 2009). Esta situación y la preocupación creciente han impulsado medidas para abordar el tema a nivel mundial (OMS), regional (OPS/OMS) y nacional.

Las pruebas científicas y el consenso de la comunidad científica con respecto al cambio climático son irrefutables. El uso de combustibles fósiles se destaca como una gran parte del problema. Los datos probatorios de todo el mundo demuestran que las temperaturas están aumentando y perturbando el equilibrio de los sistemas naturales que satisfacen las necesidades básicas de vida (IPCC, 2007; OPS/OMS, 2008a).

La Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático, firmada en la Cumbre para la Tierra que tuvo lugar en Río de Janeiro en 1992, define el cambio climático como “un cambio del clima atribuido directa o indirectamente a la actividad humana que altera la composición de la atmósfera mundial y que se suma a la variabilidad natural del clima observada durante períodos de tiempo comparables” (Naciones Unidas, 1992).

Las medidas para mitigar el cambio climático, entre ellas la promoción de una economía verde,⁴⁰ contribuyen al

⁴⁰ El PNUMA define la economía verde como... un sistema de actividades económicas relacionadas con la producción, distribución y consumo de bienes y servicios que resulta en mejoras del bienestar humano en el largo plazo, sin, al mismo tiempo, exponer

desarrollo sostenible. El Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático (IPCC, por su sigla en inglés) y la OMS se han dedicado al análisis del cambio climático y su repercusión en la salud y el bienestar humanos.

2. SITUACIÓN REGIONAL

AVANCES

El primer informe científico sobre el cambio climático y la salud fue publicado por la OMS en 1990 (OPS/OMS, 2008b). En 1995, la OPS/OMS presentó el tema ante la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos en ocasión de una conferencia sobre el cambio climático y la salud humana. En el año 2002 se realizó en Barbados la primera conferencia para analizar los efectos del cambio climático sobre la salud de la población que vive en países insulares (OPS/OMS, 2002).

En el 2008 se observó un gran aumento del interés y la preocupación por el problema en virtud de que el Día Mundial de la Salud estuvo dedicado a “Proteger la salud frente al cambio climático”. En ese mismo año, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó la resolución WHA61.19 (OMS, 2008) en la que se insta a los Estados Miembros a evaluar y afrontar las repercusiones del cambio climático en la salud y los sistemas de salud con la inclusión de instrumentos prácticos, métodos y mecanismos que faciliten el intercambio de información, las prácticas óptimas y la coordinación entre los países.

En el 2009, los países del MERCOSUR firmaron una estrategia para proteger la salud frente al cambio climático (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay, 2011). La OPS/OMS y la OMS, junto con el Gobierno de México, coordinaron la actividad paralela “El cambio climático y la salud: retos y oportunidades” en ocasión de la 16.ª Conferencia de la Partes celebrada en Cancún (México), en diciembre del 2010.

El avance más reciente en la Región de las Américas fue la aprobación por parte del Consejo Directivo de la *estrategia*

las generaciones futuras a riesgos ambientales y escasez ecológicas significativas. <http://www.pnuma.org/forodeministros/17-panama/FORO%20DE%20MINISTROS%202010%20VERSIO-NES%20FINALES/MINISTROS/de%20trabajo%20ESPAnOLI/UNEP-LAC-IG-XVII-4%20ECONOMIA%20VERDE.pdf>

y plan de acción sobre el cambio climático de OPS/OMS en el 2011 (OPS/OMS, 2011a). Actualmente, varios países de la Región están incorporando planes nacionales de acción sobre el cambio climático en el sector de la salud.

BRECHAS

En el último decenio algunos países de la Región comenzaron a adoptar medidas desde el sector de la salud en torno al cambio climático, que se han intensificado y han alcanzado a la mayoría de los países en los últimos años.

Hay en la Región datos sobre los efectos, aun pequeños pero medibles, que demuestran el aumento de la incidencia de las enfermedades diarreicas, la malaria, el dengue, la desnutrición y de las consecuencias de las inundaciones (OMS, 2009). Las proyecciones además indican que estas incidencias seguirán en aumento.

La falta de capacidad y sensibilización en las diversas instituciones de gobierno, incluido el sector de la salud, dificulta que se adopten medidas para abordar esta situación. En varios países, no hay sistemas de información o no están lo suficientemente desarrollados con respecto al tema del cambio climático y la salud.

Las barreras interinstitucionales, el insuficiente trabajo intersectorial y la poca integración entre los actores pertinentes impiden que se adopten medidas más eficientes.

Los conocimientos disponibles provienen de estudios mundiales que ofrecen una visión generalizada, pero que no abordan la variedad de problemas en los países a nivel local. Esta falta de conocimientos acerca de las vulnerabilidades y el impacto del cambio climático impiden que el sector de la salud participe más eficazmente en la elaboración de proyectos de adaptación, además de que dificulta la obtención del financiamiento internacional necesario.

La falta de enfoque en la mitigación de los efectos del cambio climático por parte del sector de la salud se refleja en su baja participación en los foros correspondientes. El sector puede contribuir midiendo su huella de carbono e identificando áreas donde pueden reducirse sus emisiones.

3. DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN EN LOS PAÍSES

Los informes de los países destacan la preocupación con el tema del abastecimiento de agua y la amenaza a las reservas naturales de agua, ya sea por la salinización en los estados insulares, por aumento de las sequías en otros, o por la reducción de los glaciares en los países andinos. Algunos países han realizado evaluaciones de vulnerabilidad y de impacto sobre la salud, y han comenzado a dar respuestas institucionales en forma de planes nacionales, en algunos casos planes genéricos que incluyen el tema de la salud y en otros casos planes específicos para abordar este tema.

Hay muchos ejemplos de actividades nacionales pertinentes. Brasil está poniendo en marcha un observatorio de clima y salud, que servirá de sistema de vigilancia y alerta para activar respuestas que incluyen la participación de la sociedad civil.

Los países que participan de la Organización del Tratado de Cooperación Amazónica están implementando un sistema de vigilancia en salud ambiental en la zona amazónica que incorpora el tema de cambio climático. Colombia inició un proyecto de evaluación de vulnerabilidades a nivel municipal; Brasil tiene un ejemplo similar a nivel estadual.

Varios otros países están realizando evaluaciones ya sea por zona geográfica, por riesgo o por enfermedad. Canadá ha ejecutado intervenciones específicas sobre el tema de calor extremo. Costa Rica terminó una evaluación de las vulnerabilidades y creó un proceso para asegurar la plena participación de los asociados. Barbados está implementando un sistema de almacenamiento de agua para combatir su escasez, garantizando al mismo tiempo que no haya un aumento del dengue.

4. PERSPECTIVAS FUTURAS

Ante la amenaza del cambio climático, los países deben hacer ajustes para adaptarse y preparar los sistemas de salud para proteger la salud de la población del aumento de los riesgos resultantes de este fenómeno.

La OPS y la OMS (OPS/OMS, 2011b) han preparado guías para ayudar a los países a que evalúen su vulnerabilidad y determinen las intervenciones prioritarias en cuanto a la salud. Los países también están elaborando herramientas y ejemplos de acción que deben ser compartidos.

Recuadro 12. El caso de Bolivia: medidas estratégicas para enfrentar el cambio climático en el período 1995-2011. (Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia, 2011).

1995: Programa Nacional de Cambio Climático (PNCC).

2000: Estrategia Nacional de Implementación de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático. Se centra en la vulnerabilidad regional y en asegurar el bienestar de las personas, e incluye como línea estratégica la adaptación en materia de salud.

2000: Estudio de la vulnerabilidad de la salud humana ante los cambios del clima. Se publica la Primera Comunicación Nacional ante la Convención Marco de las Naciones Unidas, que incluye el tema de la salud.

2006: Plan Nacional de Desarrollo que incorpora la resiliencia al cambio climático vinculada a la prevención de desastres en sectores vulnerables.

2007: Documento de investigación “Vulnerabilidad y adaptación al cambio climático”. Se publican los estudios “Malaria de altura” y “Mecanismo nacional de adaptación al cambio climático” que identifican los sectores vulnerables, plantean directrices para reducir la vulnerabilidad al cambio climático, promueven la resiliencia planificada, y priorizan la reducción de riesgos frente al impacto del cambio climático. Se elabora el documento “Cambio Climático en Bolivia”, en el que se describen las enfermedades sensibles al clima y sus tendencias.

2008: El Ministerio de Planificación del Desarrollo y el Ministerio de Salud y Deportes suscriben un convenio institucional para ejecutar medidas conjuntas para el desarrollo de capacidades, el fortalecimiento institucional, la coordinación entre las dos instituciones y la implementación del Mecanismo Nacional de Adaptación al Cambio Climático en Salud (MNACC).

2009: Se remite la Segunda Comunicación Nacional. Se inicia la Propuesta del Plan Sectorial de adaptación al cambio climático en la esfera de la salud.

2010: Conferencia Mundial de los Pueblos sobre Cambio Climático y Derechos de la Madre Tierra en Tiquipaya (Bolivia). Se hace el diagnóstico de vulnerabilidades frente al cambio climático en el sector de la salud en el que se define principalmente la vulnerabilidad social, ambiental, institucional y epidemiológica del país para poder hacer frente al cambio climático.

2011: Programa Estratégico de Fortalecimiento de la Capacidad de Adaptación al Cambio Climático en el Sector de la Salud. En él se establecen los objetivos estratégicos a implementar en el tema de la salud y la adaptación al cambio climático.

Algunos ejemplos de medidas para enfrentar estos desafíos fueron incluidos en la *Estrategia y plan de acción sobre el cambio climático* aprobada en el 51.º Consejo Directivo (2011). Las áreas estratégicas se describen en el recuadro 13.

Para avanzar en la protección de la salud frente a este fenómeno emergente, los países deberán evaluar sus vulnerabili-

dades en lo que compete a la salud, e implementar medidas de adaptación, al mismo tiempo que evalúan y corrigen sus propias emisiones de gases de efecto invernadero del sector de la salud. El análisis de vulnerabilidad debe considerar el cambio mundial inevitable y con un aumento promedio esperado de 1,8 °C (en el escenario más optimista) para fines del siglo (IPCC, 2007).

Recuadro 13. Áreas estratégicas del plan de acción sobre el cambio climático (OPS/OMS, 2011a).

Meta: equipar y fortalecer los sistemas nacionales y locales a fin de proteger la salud humana de los riesgos relacionados con el cambio climático.

Adaptación:

fortalecimiento y protección de la capacidad de los sistemas de salud de diseñar, ejecutar, vigilar y evaluar las medidas de adaptación concebidas para mejorar la capacidad de respuesta a los riesgos planteados por el cambio climático.

Alianzas: promoción, definición y establecimiento de alianzas interdisciplinarias, interinstitucionales e intersectoriales para procurar que la promoción y la protección de la salud sean primordiales para las políticas de cambio climático.



Datos probatorios:

fortalecimiento de la generación y difusión del conocimiento con respecto a los riesgos para la salud asociados con el cambio climático y acerca de la respuesta apropiada de la salud pública a este fenómeno.

Concientización y educación:

concientización y mejora de los conocimientos acerca de los efectos sobre la salud del cambio climático entre el público general y otros sectores de salud, al promover la capacitación y comunicar y difundir información mediante un enfoque multidisciplinario.

Bibliografía

Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC). 2007. Climate change 2007: synthesis report. 27.ª Sesión del Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático; del 12 al 17 de noviembre del 2007; Valencia, España. Ginebra: IPCC; 2007. Disponible en: http://www.ipcc.ch/pdf/assessment-report/ar4/syr/ar4_syr.pdf

Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia. 2011. Estado Plurinacional de Bolivia 2011. Informe analítico de Bolivia en relación al capítulo sexto de la Agenda 21 "Protección y fomento de la salud humana". La Paz, Bolivia. 2011.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay. 2011. Dirección General de Salud Ambiental-DIGESA. Estrategia MERCOSUR para proteger la salud ante el cambio climático. Asunción: OPS, 2011.

Organización Mundial de la Salud (OMS). 2008. 61.ª Asamblea Mundial de la Salud. Cambio climático y salud; 2008 19-24 mayo; Ginebra, Suiza (documento WHA61.19). Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA61-REC1/A61_Rec1-part2-sp.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS). 2009. Global Health Risks. OMS, Ginebra.

Naciones Unidas. 1992. Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático (Artículo 1, Párrafo 2) [Internet]. Nueva York, Estados Unidos. Nueva York: Naciones Unidas; 1992. Disponible en: <http://unfccc.int/resource/docs/convkp/convsp.pdf>

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). 2002. Variabilidad y cambio climático y sus efectos sobre la salud en el Caribe: Información

para planificar la adaptación en el sector de la salud. Conferencia 21-22 de mayo de 2002. Taller 23-25 de mayo de 2002, St. Philip, Barbados, West Indies. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9243590715.pdf>

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). 2008a. Cambio climático y salud humana: riesgos y respuestas. Resumen actualizado 2008 [Internet]. Washington, D.C., OPS; 2008. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/dd/pin/climatechangeSPANISH.pdf>

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). 2008b. Mesa redonda sobre el cambio climático y sus repercusiones para la salud pública: una perspectiva regional [Internet]. 48° Consejo Directivo de la OPS, 60.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las

Américas; 2008 29 Sep–3 Oct; Washington, D.C. (documento CD48/16). Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd48-16-s.pdf>

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). 2011a. Estrategia y plan de acción sobre el cambio climático. Organización Panamericana de la Salud, 51.º Consejo Directivo de la OPS, 63.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; 2011 Sep 26-30; Washington, D.C. (documento CD51/6, Rev. 1). Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=14482&Itemid=

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). 2011b. Climate change vulnerability and adaptation guides. OMS, 2011.

Reflexiones finales



La Región de las Américas ha logrado grandes avances desde el año 1992. En el presente informe se describen los esfuerzos y avances logrados así como las brechas que aún se deben cubrir.

EL CONTEXTO HISTÓRICO QUE PRECEDE A RIO 92

A principios de la década de 1970 pocos países contaban con leyes para regular el manejo del ambiente y de los recursos naturales.

Desde entonces, dos acontecimientos del orden internacional fijaron las directrices de las políticas públicas relativas al medio ambiente y los recursos naturales: la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Humano en 1972 (Conferencia de Estocolmo) y la Conferencia de Río de Janeiro en 1992.

La Conferencia de Estocolmo reconoció el daño causado por los seres humanos en distintas regiones del planeta: contaminación del agua, el aire, la tierra y los seres vivos; trastornos del equilibrio ecológico de la biosfera; destrucción y agotamiento de recursos no renovables; y el daño en el ambiente en donde los seres humanos viven y trabajan, con consecuencias nocivas para la salud.

Otros paradigmas históricos pertinentes para la salud incluyen la Declaración de Alma-Ata sobre Atención Primaria de Salud (1978), la Carta de Ottawa sobre Promoción de la Salud (1986)⁴¹ y el informe Brundtland sobre el desarrollo sostenible (1987).⁴²

ALGUNAS PERSPECTIVAS A PARTIR DEL AVANCE DE LOS PAÍSES DE LA REGIÓN

Entre los principales retos para la Región desde la perspectiva de la salud se destacan:

- Avanzar hacia una integración amplia de la APS, que a la vez se vincule a redes integradas de servicios encaminadas a la cobertura universal.
- Establecer la estructura intersectorial que permita atender los diversos determinantes sociales y ambientales de la salud tanto al nivel local como central.
- Actuar en la modificación de los determinantes de la inequidad que afectan la salud y limitan el desarrollo sostenible, de manera de nivelar el gradiente social y buscar que la propia prestación de los servicios favorezca la equidad.
- Impulsar la higiene, la vigilancia epidemiológica, el monitoreo y el control de los factores ambientales que repercuten sobre las enfermedades infecciosas, ampliando las redes nacionales de prevención y control, y atendiendo a las enfermedades desatendidas.
- Atender a las poblaciones vulnerables, acercando la prestación de los servicios de salud y vinculándolos intersectorialmente, en especial en cuanto a las mujeres en situación de vulnerabilidad, los migrantes, los indígenas y las personas discapacitadas.
- Establecer un diálogo con los planificadores urbanos y los profesionales del área de infraestructura (transporte, agua y saneamiento) y aplicar la *Estrategia y plan de acción sobre la salud urbana* de la OPS/OMS.
- Eliminar la complacencia con respecto al rezago y la acumulación de consecuencias perjudiciales para la salud producto de la contaminación ambiental. En especial, fortalecer la capacidad institucional para la gestión de riesgos para la salud, tanto en términos regulatorios como no regulatorios, incluidos los incentivos económicos.
- Abordar la epidemia de las ECNT, que atenta contra el crecimiento económico y el desarrollo, para lo cual es fundamental que el abordaje sea de toda la sociedad (todos los sectores del gobierno, el sector privado y la sociedad civil), como se plantea en la *Estrategia y plan de acción para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles* de la OPS/OMS.
- Avanzar a nivel regional, nacional, y subnacional, en las evaluaciones de vulnerabilidad y planteamientos de adaptación al cambio climático, en seguimiento al plan de acción regional sobre el cambio climático de la OPS/OMS.

⁴¹ Se puede consultar en: <http://www.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>

⁴² El **Informe de la Comisión Mundial sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo** denominado "*Nuestro futuro común*" y conocido como el informe Brundtland fue elaborado en 1987 por una comisión compuesta por representantes de distintos países y encabezada por la doctora Gro Harlem Brundtland. Este informe utilizó por primera vez el término desarrollo sostenible, definido como aquel que *satisface las necesidades del presente sin comprometer las necesidades de las futuras generaciones*. Se puede consultar en: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N87/184/70/PDF/N8718470.pdf?OpenElement>

UNIR LOS PARADIGMAS

La inversión en materia de salud es esencial para la sostenibilidad del desarrollo. Quienes diseñan políticas públicas cuentan ahora con un menú de programas mundiales que convergen en tres temas centrales: 1) lo fundamental que es incrementar la equidad para lograr la sustentabilidad del desarrollo; 2) la salud como un punto central en el desarrollo sostenible; y 3) el impacto de las acciones de otros sectores sobre la salud y el desarrollo. Estos puntos de convergencia deben orientar la conciliación de los distintos paradigmas presentes en la Región de las Américas (véase el recuadro 14).

A 20 años desde la puesta en marcha del Programa 21, la Región no ha establecido un proceso claro para su seguimiento, a pesar del esfuerzo de algunos países por documentar sus avances. La carga de las enfermedades crónicas y su impacto económico, al igual que la urbanización regional, exige que todos emprendamos medidas concertadas.

ALGUNOS ELEMENTOS DEL FUTURO QUE DESEAMOS

Es importante destacar los siguientes elementos relativos a la salud del documento de resultados de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible que tuvo lugar en Rio de Janeiro en el 2012:⁴¹

- La salud es una condición previa, un resultado y un indicador de las tres dimensiones del desarrollo sostenible. Las metas del desarrollo sostenible solo se podrán alcanzar en la medida en que se reduzca significativamente la elevada carga de enfermedad, tanto por las enfermedades transmisibles como por las no transmisibles.
- Actuar sobre los determinantes sociales y ambientales de la salud, incluido el acceso universal y equitativo a los servicios de salud. Esto aumentará la cohesión social y el desarrollo económico y humano sostenible.
- Redoblar los esfuerzos para lograr el acceso universal a la prevención de la infección por el VIH, así como fortalecer la lucha contra la malaria, la tuberculosis y las enfermedades tropicales desatendidas.
- La carga global y la amenaza de las enfermedades no transmisibles constituye uno de los principales retos para

el desarrollo sostenible en el siglo XXI. Esto requiere fortalecer las políticas nacionales multisectoriales para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, con énfasis especial en los factores de riesgo clave. También exige fortalecer los sistemas de salud con respecto al acceso universal, equitativo y asequible para la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con las enfermedades no transmisibles, especialmente los distintos tipos de cáncer, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas.

- Los sistemas de salud deben ser fortalecidos, para lo que se debe mejorar el financiamiento; la fuerza laboral sanitaria; el acceso a los insumos esenciales como los medicamentos, las vacunas y las tecnologías médicas; y la infraestructura de salud.
- Es fundamental la vigilancia permanente y continua de la salud y sus determinantes sociales y ambientales, así como de las tendencias demográficas y epidemiológicas para mejorar las políticas y estrategias para el desarrollo nacional, rural y urbano, incluida la migración.
- Resulta crucial prestar mayor atención a las poblaciones en situación de vulnerabilidad; es necesario abordar la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer a fin de reducir la mortalidad materna e infantil y mejorar la salud de las mujeres y de la población infantil y adolescente.

Además en el documento se abordan elementos que repercuten sobre la salud, como la reducción de la pobreza y la promoción del acceso universal a servicios sociales para consolidar el desarrollo; el agua como punto central del desarrollo sostenible y un derecho humano, lo que incluye el manejo eficaz de los ecosistemas con un acceso progresivo a agua segura y asequible así como al saneamiento básico; y el manejo adecuado de químicos a lo largo de su ciclo de vida, lo que incluye el manejo de residuos de productos tóxicos.

INVERTIR EN LA SALUD PARA LOGRAR LA SOSTENIBILIDAD DEL DESARROLLO

La salud y el desarrollo sostenible están estrechamente interconectados. Los índices de salud reflejan el grado de progreso de las naciones. Además, la salud es un insumo y, a la vez, un producto del desarrollo sostenible.

El progreso sistemático y coherente hacia el desarrollo sostenible requiere avanzar en dos grandes líneas. La primera implica fortalecer la capacidad de respuesta ante varios temas

⁴¹ Se puede consultar en: <http://www.uncsd2012.org/rio20/thefuturewewant.html>

Recuadro 14. Paradigmas convergentes en cuanto al desarrollo y la salud para el trabajo entre sectores.

Crecimiento económico	La salud y la inversión necesaria para el crecimiento económico	Crisis económica mundial (2008-2012)	Macroeconomía de la Salud, OMS 2001 Salud y Crecimiento, Banco Mundial 2009 Senderos que se bifurcan. BID, 2012
Desarrollo sostenible	La salud como pilar social del desarrollo, al igual que como insumo y consecuencia	Río+20 (Brasil), 2012	El futuro que queremos, Naciones Unidas, 2012 La sostenibilidad del desarrollo a 20 años de la Cumbre para la Tierra (CEPAL, 2012)
Objetivos de Desarrollo del Milenio	Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales Las ciudades y su impacto en la reducción de la pobreza El derecho de las personas a vivir en libertad y dignidad, alejadas de la pobreza y la desesperación	Cumbre del Milenio, Nueva York (2000) Cumbre Mundial (2005) Cumbre Mundial sobre los Objetivos del Milenio (2010)	Declaración del Milenio. Documento A/55/L.2, Naciones Unidas (2000) Documento Final de la Cumbre Mundial 2005. Documento A/60/L.1, Naciones Unidas (2005) Cumplir la promesa: unidos para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Documento A/65/L.1, Naciones Unidas (2010)
Enfermedades no transmisibles	Crear un ambiente que promueva la salud y los comportamientos saludables	Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, Nueva York (2011)	Declaración política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, resolución A/RES/66/2, Naciones Unidas (2011)
Determinantes sociales	Atender la equidad y nivelar el gradiente social en cuanto a la salud	Conferencia Mundial de Determinantes Sociales de Salud, Rio de Janeiro (2011)	Subsanar las desigualdades en una generación. Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, OMS (2008)
Promoción de la salud	La salud en todas las políticas	Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata (1978) Bangkok, Tailandia (2012) Helsinki, Finlandia (2013)	Declaración de Alma-Ata, 1978 Carta de Ottawa, 1986 Carta de Bangkok, 2005

inconclusos relacionados con la salud, como eliminar las enfermedades desatendidas; avanzar hacia la universalización del acceso a servicios de salud de buena calidad, en particular a una APS que responda a las necesidades epidemiológicas y demográficas cambiantes; y fortalecer la capacidad diagnóstica y de control de los problemas asociados con los desequilibrios ambientales y la contaminación, que afectan la salud y el bienestar de grandes grupos de la población.

La segunda línea requiere reorientar las políticas e intervenciones para reducir aquellas inequidades que determinan la salud. El agua, la energía y los alimentos son fundamentales para la salud y deben estar disponibles para todos. Para ello es fundamental avanzar en la identificación del impacto para la salud de las políticas, los programas y los proyectos de inversión de los distintos sectores públicos y privados. A continuación se describen algunos ejemplos en este sentido.

La cobertura universal en materia de salud

Si bien en los últimos veinte años se ha avanzado significativamente hacia la cobertura universal en materia de salud, esos beneficios no han sido compartidos equitativamente. Los gastos catastróficos por razones de salud en los que incurren millones de personas en la Región deben ser cubiertos en forma directa como gastos de bolsillo o sin ninguna perspectiva de reembolso futuro. En consecuencia, muchas personas caen en situaciones de mayor pobreza.

Es necesario asegurar la cobertura universal en materia de salud para garantizar la seguridad de la salud de millones de personas vulnerables en la Región y promover avances en las metas sociales esenciales para el desarrollo sostenible. Además de prevenir y reducir la morbilidad y mortalidad prematuras, la cobertura universal de salud contribuye a que las personas sean miembros activos y productivos de la sociedad.

La salud y la economía verde

Hay que aprovechar los beneficios para la salud de la economía verde; sin embargo, es importante reconocer que no todas las llamadas “estrategias verdes” están exentas de riesgos potenciales para la salud. Por esta razón, se debe incluir a la salud en la planificación de estrategias de crecimiento verde.

El trabajo verde

Las economías verdes necesitan asegurar que los lugares de trabajo sean más seguros en relación con los riesgos de pa-

decer enfermedades y lesiones ocupacionales, lo que incluye la exposición crónica a diversos contaminantes.

El agua y el saneamiento sostenibles

Aun con el logro de los ODM a nivel subnacional, quedarán personas desatendidas con respecto a este derecho humano universal. Es necesario asegurar la cobertura intradomiciliaria de agua de calidad microbiológica, física y química apta para consumo humano, y que esté vinculada a sistemas de saneamiento basados en innovaciones sostenibles.

Las ciudades sostenibles

Las ciudades planeadas teniendo en cuenta la salud de la población pueden promover la salud y reducir los riesgos ocasionados por la contaminación del aire, los accidentes de tránsito y la inactividad física, así como reducir la huella climática y disminuir el fenómeno de las islas de calor.

Las ciudades sostenibles pueden promover un mayor intercambio social que reduzca las barreras a la vivienda, el trabajo y el desplazamiento de las personas de ingresos bajos, particularmente las mujeres, los niños, los adultos mayores y las personas discapacitadas.

La alimentación y la actividad agropecuaria

Las políticas para la producción de alimentos más sanos contribuyen a la equidad y a la lucha contra la obesidad y la desnutrición. La producción sostenible de alimentos ayuda a reducir las presiones sobre los bosques y las fuentes de agua, a la vez que contribuyen a mitigar el cambio climático y la expansión de las enfermedades transmitidas por vectores.

La energía sostenible para todos

El acceso a energía limpia para todos, sobre todo a nivel doméstico, contribuye a reducir las tasas de neumonía infantil y en las mujeres. El acceso a fuentes de energía renovable ayuda a que miles de unidades de salud dispongan de energía no contaminante, confiable y a precios más reducidos.

El manejo adecuado de químicos

El manejo adecuado de químicos debe permitir la convivencia con estas sustancias que contribuyen al crecimiento económico y a la productividad. La responsabilidad completa sobre su ciclo de vida puede limitar los potenciales efectos nocivos sobre la salud de la población.

El transporte

Es necesario avanzar hacia un transporte activo y sostenible que respete al medio ambiente y a las personas, y que proteja la salud por la reducción tanto de la emisión de contaminantes como de los accidentes de tránsito.

Convenciones de Rio

Las Convenciones de Rio (diversidad biológica, cambio climático y desertificación) deben funcionar de manera más integrada. El papel integrador del sector de la salud debe ser aprovechado mejor. La salud y el bienestar humano dependen del buen funcionamiento de los ecosistemas, que a su vez se ven cada vez más afectados por los cambios ambientales.

Reducción de los riesgos de desastres

La Región ha sufrido un aumento del número de eventos climáticos extremos, lo que indica la necesidad de avanzar en diferentes frentes, entre ellos: diseñar y poner en funcionamiento sistemas de alerta temprana; avanzar en la construcción de resiliencia de las comunidades; continuar los esfuerzos de capacitación y preparación; y reforzar las intervenciones enfocadas a la construcción de hospitales seguros.

LA SALUD COMO UNA MEDIDA DE LOS LOGROS HACIA EL DESARROLLO SOSTENIBLE

La salud es una medida de progreso con respecto al desarrollo sostenible. Los indicadores pertinentes en materia de salud proporcionan un medio eficaz de medir el progreso por medio de herramientas de nueva generación y nuevas métricas que permitan monitorear de manera más integral los logros y las brechas.

La medición de la salud puede indicar qué tan bien el desarrollo promueve los tres pilares de la sostenibilidad: el social, el ambiental y el económico. Colocar a la salud en el centro de las estrategias asegura que el público en general se beneficie, en especial los pobres y las personas en situación de vulnerabilidad. Esto se puede alcanzar de distintas formas, por ejemplo, por medio de sistemas de transporte que reduzcan la contaminación del aire, la provisión de viviendas adecuadas y el acceso al agua potable a partir de recursos sostenibles y a la energía limpia para todos.

Los indicadores de desarrollo saludable pueden ayudar a identificar los buenos resultados, las barreras y la medida en que los beneficios de las economías más verdes se dis-

tribuyen equitativamente. Algunos ejemplos de indicadores (OMS, 2012) incluyen: la mejora de los asentamientos irregulares; la reducción de la contaminación atmosférica; la cobertura eficaz del transporte público activo; los niveles de violencia; el acceso a la alimentación; el nivel de seguridad alimentaria; las políticas de mercado de alimentos; el seguimiento ocupacional; el cumplimiento de las normas de salud ocupacional; la cobertura efectiva del agua y saneamiento; el manejo integrado de los sistemas de abastecimiento de agua; el manejo ecosistémico de cuencas; el monitoreo de contaminantes por energía; el seguimiento y la gestión de desastres; y la resiliencia de las instalaciones.

IMPULSAR EL ESFUERZO REGIONAL E INTERSECTORIAL

Nunca ha habido una interrelación e interdependencia mayor entre las economías de las naciones que en los últimos años. La resiliencia la Región de las Américas ha demostrado que la inversión reciente en el desarrollo social, incluida la salud, y la institucionalidad ha sido eficaz para afrontar las crisis.

El sector de la salud enfrenta el reto de contribuir con el acceso universal a los servicios de salud de una manera que beneficie al mismo tiempo al desarrollo. Sin embargo, la Región está sometida a grandes fuerzas mundiales que rebasan la capacidad de los gobiernos locales y nacionales. Algunos ejemplos incluyen el mercado de materias primas y agrícolas, el movimiento masivo de bienes y personas, la creciente comercialización de productos de consumo, y las megatendencias en cuanto al transporte y las comunicaciones.

El momento actual requiere un esfuerzo regional concertado e intersectorial que facilite este tipo de acción por parte del sector de la salud, principalmente en lo que se refiere a los esfuerzos identificados en este informe como necesarios para la Región.

De esta manera se lograrán beneficios para la salud, la seguridad humana y la sostenibilidad del desarrollo en la Región de las Américas.

Bibliografía

Organización Mundial de la Salud (OMS). 2012. Measuring Health Gains from Sustainable Development. Disponible en: http://www.who.int/hia/green_economy/sustainable_development_summary1.pdf

Nunca ha habido una interrelación e interdependencia mayor entre las economías de las naciones que en los últimos años. La resiliencia de la Región de las Américas ha demostrado que la inversión reciente en el desarrollo social, incluida la salud, y la institucionalidad ha sido eficaz para afrontar las crisis

www.paho.org



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037

ISBN 978-92-75-31721-1



9 789275 317211