

Capítulo VI

**EL PROGRESO DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE HACIA EL LOGRO
DE LOS OBJETIVOS DE SALUD DEL MILENIO**

Objetivos	Metas	Indicadores
Objetivo 4 Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años	Meta 4.A	4.1 Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años
	Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años	4.2 Tasa de mortalidad infantil
		4.3 Proporción de niños de 1 año vacunados contra el sarampión
Objetivo 5 Mejorar la salud materna	Meta 5.A	5.1 Tasa de mortalidad materna
	Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes	5.2 Proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado
	Meta 5.B	5.3 Tasa de uso de anticonceptivos
	Lograr, para el año 2015, el acceso universal a la salud reproductiva	5.4 Tasa de natalidad entre las adolescentes
		5.5 Cobertura de atención prenatal (al menos una consulta y al menos cuatro consultas)
		5.6 Necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar
Objetivo 6 Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades	Meta 6.A	6.1 Prevalencia del VIH entre las personas de 15 a 24 años
	Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA	6.2 Uso de preservativos en la última relación sexual de alto riesgo
	Meta 6.B	6.3 Proporción de la población de 15 a 24 años que tiene conocimientos amplios y correctos sobre el VIH/SIDA
	Lograr, para el año 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA de todas las personas que lo necesiten	6.4 Relación entre la asistencia escolar de niños huérfanos y la de niños no huérfanos de 10 a 14 años
	Meta 6.C	6.5 Proporción de la población portadora del VIH con infección avanzada que tiene acceso a medicamentos antirretrovirales
	Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves	6.6 Tasas de incidencia y mortalidad asociadas al paludismo
		6.7 Proporción de niños menores de 5 años que duermen protegidos por mosquiteros impregnados de insecticida
		6.8 Proporción de niños menores de 5 años con fiebre que reciben tratamiento con los medicamentos adecuados contra el paludismo
		6.9 Tasas de incidencia, prevalencia y mortalidad asociadas a la tuberculosis
		6.10 Proporción de casos de tuberculosis detectados y curados con el tratamiento breve bajo observación directa

A la luz de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y sus respectivas metas, en el presente capítulo se hace un diagnóstico de la mortalidad en la infancia, de la mortalidad materna, del acceso a la salud reproductiva y de la incidencia del VIH/SIDA, el paludismo y la tuberculosis, y se plantean algunas recomendaciones.

Desde una perspectiva de mediano plazo, la condición de salud de la población en la región de América Latina y el Caribe sin duda ha mejorado. Pero el progreso de la región es muy desigual y heterogéneo, y para algunos indicadores resulta insuficiente.

Conforme a los indicadores oficiales, algunos países están en condiciones de alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, otros no parecen siquiera acercarse a ellos y algunos tienen indicadores que revelan que se han registrado progresos, pero que estos son insuficientes para lograr las metas. Los avances generalmente han ido acompañados de estrategias integrales para encarar los desafíos. La mortalidad materna es uno de los indicadores que muestra menos progreso y donde hay menos información disponible de calidad, lo cual va de la mano de rezagos en el ejercicio de los derechos reproductivos.

La falta de salud y la mortalidad prematura son resultado de la desigualdad en la sociedad. Las poblaciones más pobres y vulnerables son las que van a morir o a enfermarse por falta de una política de salud amplia que garantice el derecho del ciudadano a la prevención de enfermedades y a la promoción de su salud, así como el acceso a los cuidados básicos y a los servicios más complejos en el área de salud. En todos los países, los análisis con desagregaciones por etnia, género, edad y territorio, evidencian que la discriminación y exclusión se ejercen en diversos planos y que debe ampliarse el ejercicio de derechos, especialmente el derecho a la salud.

En todos los casos, incluso en los países cuyos niveles de bienestar son más altos, para alcanzar los Objetivos se requieren esfuerzos adicionales de muy diversa magnitud y carácter, con especial énfasis en los municipios más vulnerables. Respecto de las acciones intersectoriales, destacan las relacionadas con infraestructura básica y con el acceso a buenos niveles educativos para la población, especialmente de las mujeres pobres. Los esfuerzos incluyen reformas institucionales, jurídicas y organizativas, dimensiones financieras de carácter fiscal y contributivo y generalmente implican mejorar la calificación de los recursos humanos y aumentar la cobertura de las acciones y de los servicios de salud.

A. CUARTO OBJETIVO: REDUCIR LA MORTALIDAD DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

1. Introducción

Proteger la vida y la salud de los niños es una exigencia que ha quedado plasmada en diversos instrumentos internacionales, por medio de los cuales se establece como obligación del Estado hacer todo lo inmediatamente posible para proteger a los niños y niñas de una muerte prevenible.

El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, que entró en vigor en 1976, establece en su artículo 6 que el derecho a la vida es inherente a la persona humana y se encuentra protegido por ley. Esto implica, según lo señala el Comité de Derechos Humanos, exigir al Estado que adopte todas las medidas posibles para reducir la mortalidad infantil y para incrementar la esperanza de vida, especialmente para eliminar la malnutrición y las epidemias.

En ese mismo año, entró en vigor el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales que, en su artículo 12, exige a los Estados Partes adoptar medidas para reducir la tasa de mortalidad y de mortalidad infantil como parte del derecho a la salud.

Más tarde, en 1990, la Convención sobre los Derechos del Niño obliga a los Estados Partes a “garantizar en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño”, y en su artículo 24 presenta todas las exigencias relativas a la salud del niño y la madre, entre las que se encuentra exigir al Estado adoptar medidas apropiadas para “reducir la mortalidad infantil y en la niñez”.

Ante estas exigencias, pueden darse pasos fundamentales conformes al derecho del niño a la vida y la salud. Es indispensable aumentar el acceso a un sistema de salud de calidad, pero también puede hacerse mucho para prevenir muertes sin depender de la atención de salud formal basada en el paciente. Esto incluye, por ejemplo, proteger y promocionar la lactancia materna o dar capacitación básica a los agentes de salud comunitarios.

2. Meta 4.A: Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años

Reducir, entre 1990 y 2015, en dos terceras partes la mortalidad de los niños menores de 5 años (conocida como mortalidad en la niñez) es la meta 4.A del cuarto Objetivo de Desarrollo del Milenio. En América Latina y el Caribe nacen anualmente casi 11 millones de niños. Pero de ellos, se calcula que 237.000 fallecen antes del primer año y unos 304.000 mueren antes de cumplir los 5 años de edad (Naciones Unidas, 2008b).

Las Naciones Unidas han propuesto tres indicadores para el seguimiento de esta meta: las tasas de mortalidad infantil y de mortalidad en la niñez y la proporción de niños de 1 año vacunados contra el sarampión. De los dos primeros indicadores, el presente análisis se realiza considerando primordialmente la mortalidad infantil —que refleja la probabilidad de morir entre el nacimiento y 1 año exacto de edad y se expresa por cada 1.000 nacidos vivos—, por cuanto representa el grueso de la mortalidad en la niñez, y debido a que hay más información comparable respecto de un mayor número de países. Dado el peso que tiene la mortalidad en el primer año de vida en la mortalidad en la niñez (alrededor del 80%), ambos indicadores tienen una trayectoria análoga¹.

La mortalidad en la niñez es un indicador importante del nivel de desarrollo social y de la disponibilidad, la utilización y el acceso a los sistemas de salud por parte de la población y especialmente de los niños, y también de su situación nutricional. Evidencia el grado en que se ejerce en una sociedad el derecho humano más fundamental, como es el derecho a la vida y a la salud concomitante (Jiménez y otros, 2008). En mayor o menor medida, todos los países de América Latina y el Caribe han reducido sustancialmente la mortalidad en la niñez como resultado de la combinación de múltiples procesos, entre los que se cuentan: el avance de la atención primaria de alto impacto y bajo costo —como los programas de vacunación masiva, la terapia de rehidratación oral o el control de la salud de los niños sanos—, el aumento de la cobertura de los servicios básicos, especialmente de agua potable y saneamiento, el incremento de los niveles educativos de la población y el descenso de la fecundidad.

En el período 1990-2009 —que comprende tres cuartas partes del plazo fijado para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio— América Latina y el Caribe muestra como región notables progresos en lo que respecta a la salud en la niñez. En este estrato, la mortalidad se redujo de manera apreciable. En 2009, la tasa de mortalidad infantil (TMI) fue la más baja del mundo en desarrollo y su caída fue más rápida que en las demás regiones. De allí que su posición sea relativamente destacada en el contexto mundial (véase el cuadro VI.1).

¹ Véanse las estimaciones de la mortalidad en la niñez para los países de la región en el anexo estadístico. Los datos para América Latina utilizados en este informe se basan en las estimaciones de mortalidad más recientes realizadas por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL, en la mayoría de los casos en colaboración con las oficinas nacionales de estadísticas, y las cifras de los países del Caribe se basan en las estimaciones de la División de Población de las Naciones Unidas (Naciones Unidas, 2008b). En el pasado, los organismos de las Naciones Unidas difundieron una variedad de estimaciones de mortalidad a escala regional y hasta para un mismo país, lo que ha llevado a confusiones entre los mismos organismos y hasta entre los países. Por esa razón, el Grupo interinstitucional de estimaciones de mortalidad infantil (IGME) se propuso desarrollar una base de datos y una metodología definitiva conjuntas para estimar la mortalidad infantil y en la niñez dentro del sistema de las Naciones Unidas. En América Latina, la mayor parte de estas diferencias se explican, por una parte, en el acceso a fuentes de datos disímiles (tales como registros continuos y estimaciones directas e indirectas a partir de censos o encuestas), y por la otra, a metodologías diferentes o supuestos distintos para una misma metodología. Unos y otros factores pueden ser fuente de controversia a la hora de hacer el seguimiento de las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio por parte de los organismos, pero principalmente de los países. La creación de una base de datos de mortalidad en la niñez por parte del IGME fue un gran paso adelante en la armonización y podría resolver las fuentes de dicha controversia. Debido a diferencias en la metodología de estimación, aún prevalecen diferencias de menor orden en las estimaciones de mortalidad en la niñez que realizan el CELADE-División de Población de la CEPAL y el IGME, que se resolverán conforme avance el proceso de armonización. El CELADE y el UNICEF están trabajando en una publicación conjunta sobre las estimaciones de mortalidad de la región de América Latina, cuya publicación está prevista para el último trimestre de 2010, que progresa hacia armonizar las fuentes de datos y los métodos para estimar la mortalidad en la niñez. Por otra parte, el CELADE - División de Población de la CEPAL y la OPS, en alianza con otros organismos del sistema de las Naciones Unidas, acompañan y colaboran con los países en el mejoramiento de las estadísticas continuas (nacimientos y defunciones) con vistas a minimizar en el futuro el uso de estimaciones.

Cuadro VI.1
REGIONES DEL MUNDO: EVOLUCIÓN DE LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL (INDICADOR 4.2 DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO), 1990-2009^a
(Por cada 1.000 nacidos vivos)

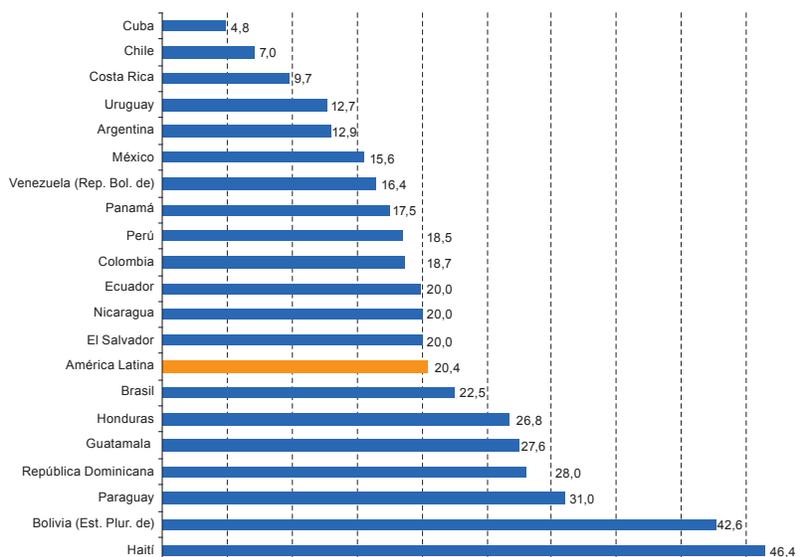
Región geográfica	1990	2009	Evolución entre 1990 y 2009
Mundo	63,2	46,0	-27,2
África	103,9	80,8	-22,2
Asia	61,4	39,9	-35,1
Europa	14,2	6,8	-52,1
América Latina y el Caribe	42,7	20,6	-51,7
América del Norte	8,2	5,7	-31,1
Oceanía	31,1	21,9	-29,5

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones de las Naciones Unidas, World Population Prospects. The 2008 Revision [en línea] <http://esa.un.org/unpp/>.

^a Corresponde a una interpolación lineal, elaborada por la fuente, de las estimaciones de la probabilidad de morir antes de cumplir 1 año de edad, para los quinquenios 1985-1990 y 1990-1995 (datos de 1990) y 2000-2005 y 2005-2010 (datos de 2009).

Los promedios regionales de mortalidad infantil ocultan grandes disparidades entre los países (véanse los gráficos VI.1 y VI.3)². En el caso de América Latina el promedio fue del 20,4‰ y la mediana del 16,8‰, mientras que en un grupo de cinco países y territorios —Chile, Cuba, Guadalupe, Martinica y Puerto Rico— los niveles fueron iguales o inferiores a 7 por 1.000 y los índices de otros cuatro países sobrepasaron el valor de 30 por 1.000. Haití, el país más pobre del hemisferio occidental, cuya tasa de mortalidad infantil de más del 46‰, la más alta de la región, pone de manifiesto su rezago generalizado en materia de desarrollo, condición que seguramente se verá agravada tras el terremoto de 2010 (véase el recuadro VI.1). Sin embargo, pese a las altas tasas de mortalidad infantil de este país y del Estado Plurinacional de Bolivia, cabe considerar que ambos han logrado notables avances en los últimos 19 años: en 1990 la mortalidad infantil era casi el doble de la actual.

Gráfico VI.1
AMÉRICA LATINA (20 PAÍSES): TASA DE MORTALIDAD INFANTIL (INDICADOR 4.2 DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO), 2009
(Por cada 1.000 nacidos vivos)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), cálculos realizados por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL, sobre la base de datos obtenidos por interpolación lineal de las estimaciones de la probabilidad de morir antes de cumplir 1 año de edad, para los quinquenios 2000-2005 y 2005-2010.

² Dado que los niveles y las tendencias de mortalidad infantil difieren significativamente entre América Latina y el Caribe, así como las fuentes de datos usados para calcularlos, ambas subregiones se separan a los efectos de la evaluación de esta meta.

Recuadro VI.1

EL TERREMOTO EN HAITÍ Y EL PROGRESO HACIA LA CONSECUCCIÓN DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

Antes del terremoto de enero de 2010, los indicadores básicos de salud poblacional del país eran alarmantes. Las tasas de mortalidad eran las más altas de América Latina y el Caribe. La mortalidad infantil y en la niñez excedían el 45‰ y la mortalidad materna —con 630 defunciones por 100.000 nacidos vivos— rebasaba con creces las razones de mortalidad materna de la región. Por su parte, la esperanza de vida al nacer, estimada en 61,5 años (59,7 años en hombres y 63,2 años en mujeres), era la más baja del continente. Las tasas de natalidad eran elevadas: 25‰ en zonas urbanas y 30‰ en zonas rurales. El promedio de hijos por mujer es de tres en zonas urbanas y de cinco en zonas rurales. La población es predominantemente rural (60%) y joven (60% es menor de 25 años), y en 2006, el 42% no tenía acceso a agua segura (un 30% urbana y un 49% rural) y el 81% no tenía acceso a saneamiento adecuado (un 71% urbano y un 88% rural): ocho millones de personas sin acceso a agua o saneamiento, un incremento relativo del 5% respecto de 2001.

En el siguiente cuadro se detallan algunas tendencias en estos determinantes de la salud infantil y materna en Haití. Las encuestas de demografía y salud (EDS) de 1994-1995 y 2005-2006 muestran tendencias contrarias en la magnitud y la distribución de algunos indicadores de salud relevantes para el cumplimiento de las metas sobre mortalidad de los niños menores de 5 años y salud materna. A escala nacional, el porcentaje de mujeres que recibe atención prenatal calificada mostró mejoras notables entre 1994 y 2005 y pasó del 70% al 84,5%. Otros indicadores también mejoraron: la cobertura de la vacuna DPT3 aumentó del 41,4% en 1994 al 53,0% en 2005 y la mortalidad infantil y en la niñez bajó significativamente (según las cifras de DHS, un 20% y un 27%, respectivamente). Si se analizan las tendencias de mortalidad desde 1990, se observa que el país ha logrado reducir a más de la mitad la mortalidad infantil y en la niñez, lo que representa un avance notable pese a las condiciones precarias que predominaban antes del terremoto de 2010.

HAITÍ: TENDENCIAS EN LA MAGNITUD Y DISTRIBUCIÓN DE ALGUNOS INDICADORES DE SALUD RELACIONADOS CON LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

Indicador de salud de los Objetivos de Desarrollo del Milenio	1994			2005			Cambio porcentual en el promedio total entre 1994 y 2005	Razón entre indicador para los más pobres y más ricos	
	Promedio	20% más pobre	20% más rico	Promedio	20% más pobre	20% más rico		1994	2005
Tasa global de fecundidad	4,8	7	2,3	3,9	6,6	2	-18,8	3,0	3,3
Tasa de mortalidad en menores de 5 años	140,6	163,3	105,6	102,3	125	54,9	-27,2	1,5	2,3
Tasa de mortalidad infantil	87,1	93,7	74,3	69,9	78,2	45	-19,7	1,3	1,7
Cobertura de vacuna DPT3	41,4	29,4	56,2	53	45,4	71,8	28,0	0,5	0,6
Atención prenatal calificada	69,6	45,9	92	84,5	72,3	95,4	21,4	0,5	0,8
Atención calificada del parto	46,3	24,0	78,2	26,1	6,4	67,5	-43,6	0,3	0,1

Fuente: Informes finales de Encuestas de Demografía y Salud (EDS) de Haití, 1994-1995 y 2005-2006.

No obstante, la razón entre los quintiles más pobre y más rico era inquietante: en el período de cinco años, en casi todos los indicadores la brecha aumentó o se estancó. En 1994 la mortalidad infantil entre los más pobres y más ricos era casi similar, pero en 2005 la de los más pobres casi duplicó a la de los más ricos y la tasa de mortalidad en la niñez también se elevó más del doble.

Recuadro VI.1 (conclusión)

Tal como ha destacado el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), las catástrofes naturales afectan con mucha mayor fuerza e intensidad a las poblaciones que viven en la pobreza. El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) ha advertido que, debido al hambre, la escasez de agua y las malas condiciones sanitarias agravadas por el terremoto, la mortalidad infantil y materna podrían aumentar considerablemente en 2010. El terremoto que asoló en 2010 la región centro-occidental del país, incluida su capital, Puerto Príncipe, y la región metropolitana, causó pérdidas masivas de vidas e innumerables lesiones que requirieron cirugía y cuidados de trauma: las últimas cifras oficiales de la oficina de protección civil dan cuenta de más de 217.000 defunciones, más de 300.000 heridos, alrededor de un millón de desplazados internos y dos millones de personas que perdieron su vivienda. Muchos sobrevivientes quedaron discapacitados y necesitarán cuidados especializados y rehabilitación. Aquellos que carecen de vivienda se han concentrado en espacios públicos o albergues improvisados en precarias condiciones sanitarias y también deben asimilar un impacto emocional muy grande. El devastador terremoto ha magnificado en un grado inimaginable la precaria situación sanitaria. El sistema de salud fue gravemente afectado en su infraestructura y organización y su capacidad de respuesta se vio comprometida.

Las Naciones Unidas ya se habían referido a las calamitosas circunstancias previas del país como “la emergencia silente”. Ahora, para apoyar la reconstrucción del país, avanzar hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio y encarar la desigualdad en sus múltiples facetas es indispensable un redoblado esfuerzo internacional y nacional, de una magnitud sin precedentes.

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y Organización Panamericana de la Salud (OPS).

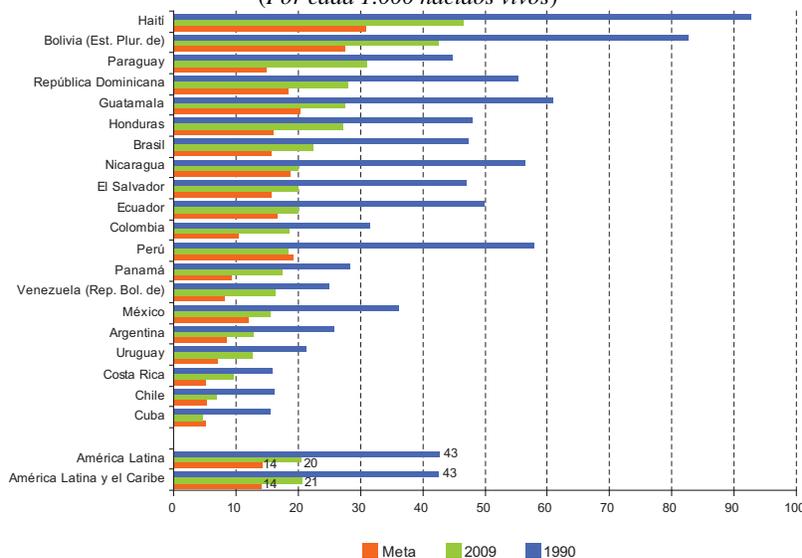
Para encaminarse al cumplimiento de la meta, y dado que el lapso analizado (1990-2009) equivale aproximadamente a tres cuartos del período que comprende hasta 2015, los países, de acuerdo con una progresión lineal, ya deberían haber recorrido al menos tres cuartas partes del camino. La mortalidad infantil debería haber disminuido un 50,2% entre 1990 y 2009.

Considerando las tendencias de la tasa de mortalidad infantil estimada por el CELADE – División de Población de la CEPAL para 20 países en América Latina, entre 1990 y 2009 la mortalidad infantil se redujo un 52,3%. En nueve países, la reducción de la tasa excedió el 50%, destacándose Cuba (69%) y el Perú (68%), cuya reducción ya excedía en 2009 el 66,7% de las tasas de 1990. Sin embargo, la caída es inferior al 50% en 11 países y en Costa Rica, Panamá, el Paraguay y la República Bolivariana de Venezuela la reducción es inferior al 40%. Los países que en 1990 tenían valores de TMI más bajos, como Costa Rica y el Uruguay, pese a que lograron un avance inferior al requerido para estar en trayectoria de alcanzar la meta —reducir en dos terceras partes la mortalidad infantil—, presentan una disminución importante en sus tasas (véase el gráfico VI.2).

Muchos de los países del Caribe tenían niveles de mortalidad infantil bajos en 1990 y actualmente tienen tasas menores que el promedio regional, con un promedio subregional en 2009 del 17,2‰ y una mediana del 13‰ (véase el gráfico VI.3). Pero las menores tasas de mortalidad infantil en el Caribe son de dos territorios y un Estado asociado y las mayores tasas son por lo menos cuatro veces más altas que las de estos territorios. Cuando se analiza el avance logrado entre 1990 y 2009 en esta subregión, es preocupante constatar que solo ha progresado un 50% con lo cual el conjunto de la subregión no se encuentra en trayectoria de logro de la meta, dado que el tiempo transcurrido entre 1990 y 2009 representa el 76% del total del período 1990-2015 (véanse los gráficos VI.4 y VI.5).

En ambas subregiones, las proyecciones de las tasas de mortalidad infantil hasta 2015 evidencian una disminución de la velocidad de reducción de dichas tasas. Esto puede atribuirse parcialmente a las propias mediciones, ya que las estimaciones de mortalidad infantil se actualizaron en 2005 y las proyecciones suelen ser cautelosas respecto de disminuciones en el futuro. Por ende, aunque la medición en 2003 indicó que 12 países de América Latina y 4 del Caribe estaban en trayectoria de cumplimiento de la meta (Naciones Unidas, 2005), la medición actual indica que son 11 de América Latina y 3 del Caribe (las Bahamas, Granada y Guadalupe). A Cuba y el Perú, que ya alcanzaron la meta, se sumarían la Argentina, el Brasil, Chile, el Ecuador, El Salvador, Guatemala, México y Nicaragua, además de la República Dominicana, cuya reducción de la mortalidad infantil desde 1990 lo coloca muy cerca de dicha trayectoria. Cabe destacar que entre los países que han logrado avances importantes en la reducción de la mortalidad infantil se encuentran los dos más poblados de la región (el Brasil y México) y que contribuyen de manera importante al progreso alcanzado por América Latina y el Caribe (véase el gráfico VI.5).

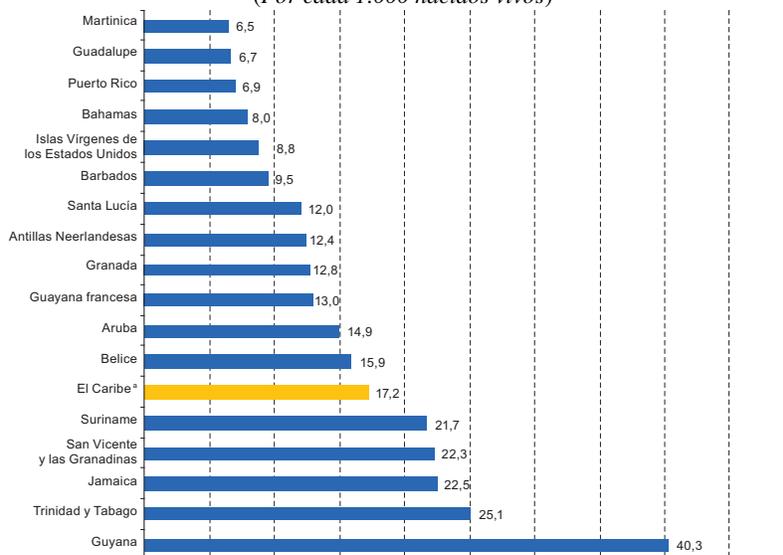
Gráfico VI.2
AMÉRICA LATINA (20 PAÍSES): TASA DE MORTALIDAD INFANTIL (INDICADOR 4.2 DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO), 1990, 2009 Y META PARA 2015^a
(Por cada 1.000 nacidos vivos)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), cálculos realizados por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL, sobre la base de datos obtenidos por interpolación lineal de las estimaciones de la probabilidad de morir antes de cumplir 1 año de edad, para los quinquenios 1985-1990 y 1990-1995 (dato de 1990), 2000-2005 y 2005-2010 (dato de 2009).

^a El dato correspondiente a la meta de 2015 corresponde a un tercio de la tasa de mortalidad infantil de 1990.

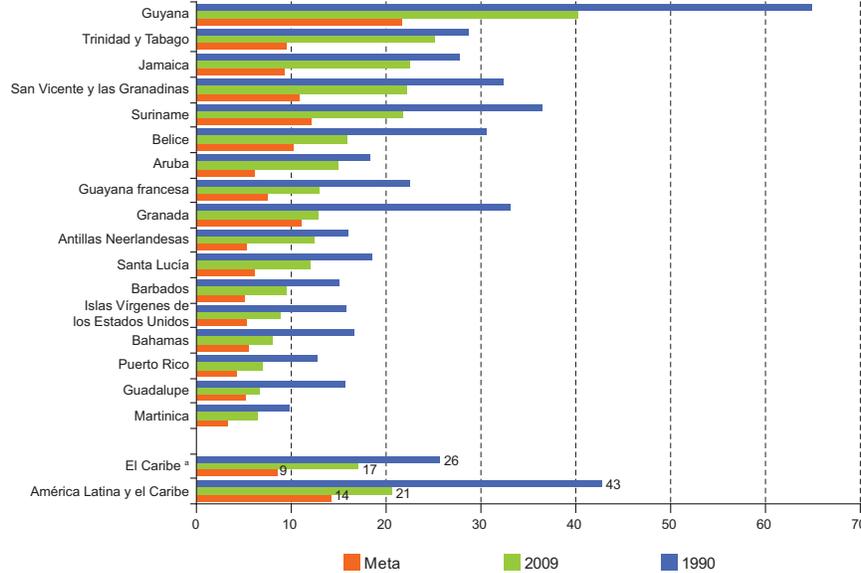
Gráfico VI.3
EL CARIBE (17 PAÍSES Y TERRITORIOS): TASA DE MORTALIDAD INFANTIL (INDICADOR 4.2 DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO), 2009^a
(Por cada 1.000 nacidos vivos)



Fuente: Naciones Unidas, División de Población, World Population Prospects: The 2008 Revision [en línea] <http://esa.un.org/unpp>.

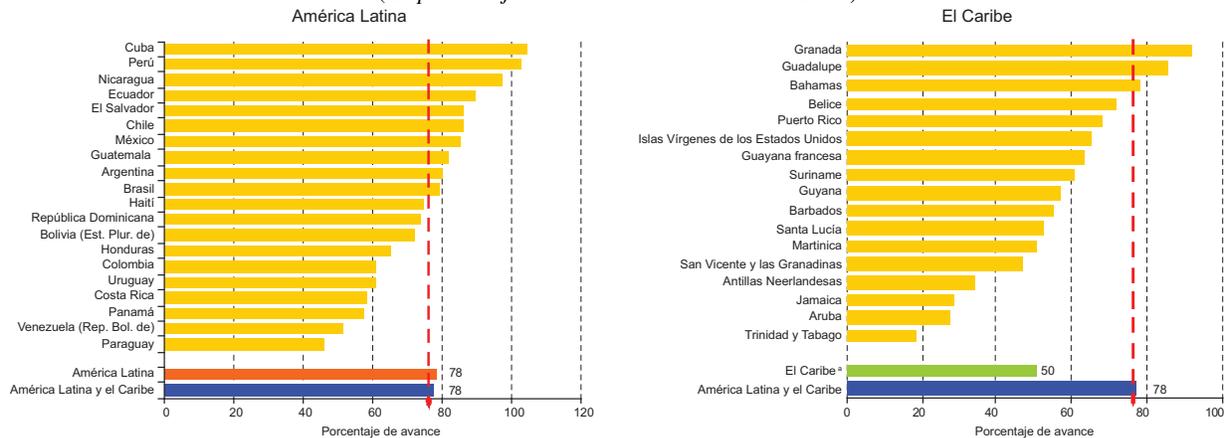
^a Corresponde a una interpolación lineal, elaborada por la fuente, de las estimaciones de la probabilidad de morir antes de cumplir 1 año de edad para los quinquenios 2000-2005 y 2005-2010.

Gráfico VI.4
EL CARIBE (17 PAÍSES Y TERRITORIOS): TASA DE MORTALIDAD INFANTIL (INDICADOR 4.2 DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO), 1990, 2009 Y META PARA 2015
(Por cada 1.000 nacidos vivos)



Fuente: Naciones Unidas, División de Población, World Population Prospects: The 2008 Revision [en línea] <http://esa.un.org/unpp>.
^a Cálculos realizados por la fuente, a partir de datos obtenidos como interpolación lineal de las estimaciones de la probabilidad de morir antes de cumplir 1 año de edad, para los quinquenios 1985-1990 y 1990-1995 (datos de 1990), 2000-2005 y 2005-2010 (datos de 2009), y 2010-2015-2020 (datos de 2015). El dato correspondiente a la meta de 2015 corresponde a un tercio de la tasa de mortalidad infantil de 1990.

Gráfico VI.5
AMÉRICA LATINA (20 PAÍSES) Y EL CARIBE (17 PAÍSES Y TERRITORIOS): PROGRESO EN LA REDUCCIÓN DE LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL (INDICADOR 4.2 DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO), 1990-2009
(En porcentajes de avance hacia la meta de 2015)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), cálculos realizados por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, sobre la base de estimaciones de la mortalidad infantil y datos de las Naciones Unidas, World Population Prospects: The 2008 Revision [en línea] <http://esa.un.org/unpp>.
^a Cálculos realizados por la fuente, a partir de datos obtenidos como interpolación lineal de las estimaciones de la probabilidad de morir antes de cumplir 1 año de edad, para los quinquenios 1985-1990 y 1990-1995 (datos de 1990), 2000-2005 y 2005-2010 (datos de 2009), y 2010-2015-2020 (datos de 2015). El dato correspondiente a la meta de 2015 corresponde a un tercio de la tasa de mortalidad infantil de 1990.

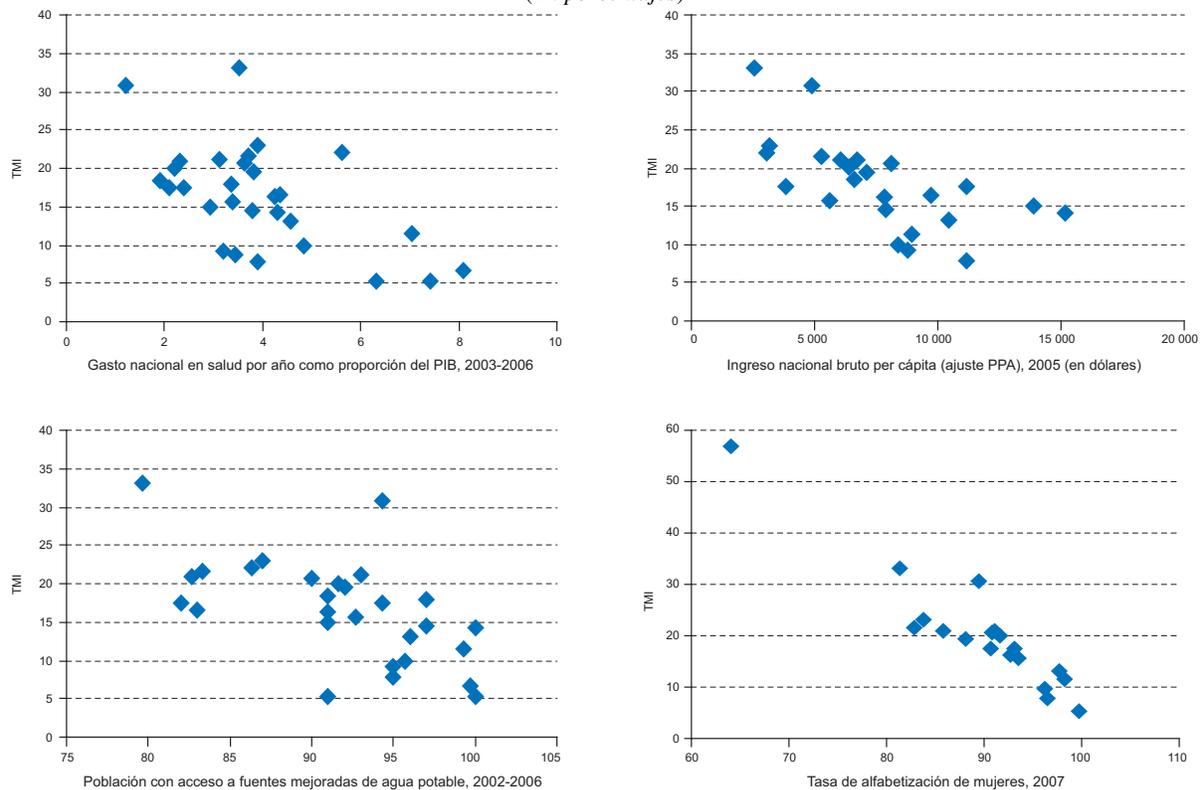
3. Determinantes de la mortalidad infantil: ¿por qué hay una gran variabilidad de la mortalidad infantil en la región?

Tal como lo han reiterado la CEPAL, la OPS, el UNICEF y otros organismos, los países de América Latina y el Caribe se caracterizan por altos niveles de desigualdad social y conforman la región de mayor concentración del ingreso. La mortalidad infantil no es ajena a esta condición, pues históricamente los grupos más excluidos y vulnerables han sido los más afectados.

Los países con mayores riesgos de mortalidad infantil también son aquellos con menores ingresos, con menor proporción de mujeres alfabetizadas, con menor acceso de la población a agua potable y saneamiento básico y con menor gasto público en salud (véase el gráfico VI.6). Estos factores son determinantes de la alta mortalidad infantil en la región, explican la variabilidad regional y ponen de manifiesto que la alta mortalidad infantil en la región es el resultado de fallas o baja inversión en programas y políticas sociales y ambientales que, aunado al bajo gasto público en salud, tornan la situación social más desigual. Hay pues una condición perversa en muchos de los países con alta mortalidad infantil: a los problemas sociales no resueltos se suma una baja inversión en salud que resulta en una política de salud que no invierte en la prevención de enfermedades, ni en la promoción de la salud y mucho menos en la expansión de la cobertura de los servicios de salud basados en atención primaria.

La reducción de las desigualdades entre los países y dentro de cada uno de ellos es el camino para la reducción de la mortalidad infantil y para dar oportunidad a las poblaciones más vulnerables de que tengan una vida digna, especialmente a toda una generación de niños y jóvenes de construir una vida digna como adultos (véase el recuadro VI.2).

Gráfico VI.6
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): DIAGRAMAS DE DISPERSIÓN
DE LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL E INDICADORES SOCIOECONÓMICOS
(En porcentajes)



Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS), Sistema de Información de Indicadores Básicos, febrero de 2010.

Recuadro VI.2
**LA REDUCCIÓN DE DESIGUALDADES EN MATERIA DE MORTALIDAD INFANTIL
 A NIVEL NACIONAL: LECCIONES DEL BRASIL**

Según datos recientes de la encuesta nacional de hogares, destacados por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), las tasas de crecimiento de los ingresos en el Brasil han sido consistentemente más elevadas en los deciles más pobres de la población desde 2001: el coeficiente de Gini se redujo de 0,59 en 2001 a 0,53 en 2007^a.

Para evaluar si este alentador descenso de la desigualdad del ingreso traía aparejada una reducción de los niveles de la mortalidad infantil y de la desigualdad en su distribución se realizó un análisis exploratorio usando la metodología de Minujin y Delamonica (2003).

MARCO DE EVALUACIÓN DE LOS CAMBIOS DE LA DESIGUALDAD EN MATERIA DE SALUD

Tendencia media de población	Brecha social relativa	
	Reducción	Ampliación
	Mejora	MEJOR RESULTADO
Agravamiento	AGRAVAMIENTO CON PROTECCIÓN Agravamiento con un elemento de protección para los carenciados	PEOR RESULTADO

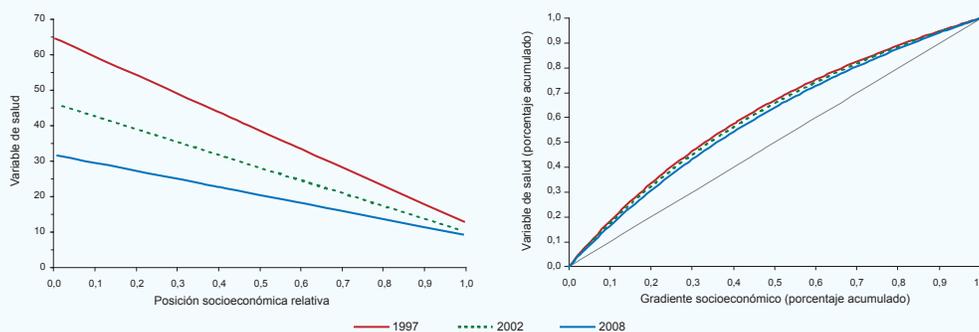
Fuente: Alberto Minujin y Enrique Delamonica, “Mind the gap! Widening child mortality disparities”, *Journal of Human Development*, vol. 4, N° 3, noviembre de 2003.

A diferencia de otros países, en el Brasil las mejoras en materia de salud medidas por la supervivencia media infantil que permite avanzar hacia el cuarto Objetivo de Desarrollo del Milenio se vieron acompañadas de una reducción de la desigualdad en su distribución.

Entre 1997 y 2008 tuvo lugar un marcado y sostenido descenso en la tasa de mortalidad infantil a escala nacional, que pasó del 38,8‰ al 20,6‰, es decir, una disminución del 46,9%. La mejora estuvo acompañada por una reducción también marcada y sostenida de la brecha social relativa: el exceso de mortalidad en el gradiente social descendió de 52,1‰ en 1997 al 36,2‰ en 2002 y al 22,6‰ en 2008, lo que representa una reducción del 56,6% en la brecha del exceso de mortalidad en el período. Sin embargo, como se muestra en la curva de concentración de salud más reciente, casi el 31% de las muertes infantiles se siguen concentrando en los quintiles más pobres, lo que muestra que aún hay tareas pendientes en la materia.

BRASIL: CURVAS DE CONCENTRACIÓN DE SALUD, 1997, 2002 Y 2008
 (En porcentajes)

Mortalidad infantil	1997	2002	2008
Promedio nacional de indicador de salud	38,77	28,27	20,58
Índice de desigualdad de la pendiente	-52,12	-36,20	-22,55
Índice de concentración de salud	-0,23	-0,21	-0,19



Fuente: Alberto Minujin y Enrique Delamonica, “Mind the gap! Widening child mortality disparities”, *Journal of Human Development*, vol. 4, N° 3, noviembre de 2003.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS), Taller sobre medición de las desigualdades en la salud, novena EXPO-EPI, Brasilia, noviembre de 2009. Las tasas de mortalidad infantil a nivel de los estados, los conteos básicos de población y el ingreso nacional bruto per cápita se obtuvieron de la base de datos de indicadores del Sistema Único de Salud (SUS) (véase [en línea] <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/>). La desigualdad en materia de salud de 1997, 2002 y 2008 se midió mediante el índice de desigualdad de la pendiente estimado por el método de regresión de mínimos cuadrados ponderados y el índice de concentración de salud.

^a Degol Hailu y Sergei Suarez Dillon Soares, “What explains the decline in Brazil’s inequality?”, *One Pager*, N° 89, International Policy Centre for Inclusive Growth, julio de 2009.

La erradicación de la pobreza extrema y del hambre tiene un impacto inmediato y directo en la reducción de la mortalidad infantil al mejorar la situación nutricional de la población infantil. La desnutrición infantil es causa de mortalidad en el primer año de vida y también provoca un bajo desarrollo cognitivo en la infancia que impacta en el futuro del niño o la niña, ya que disminuye su capacidad de competir, reproduciendo las condiciones de marginalidad en la sociedad. Hay una distribución desigual de la situación socioeconómica en el territorio y, en consecuencia, de la desnutrición. El mapeo de estos espacios es fundamental para la focalización del problema y su priorización. La situación socioeconómica de los hogares y de sus habitantes no solo determina el nivel de la desnutrición crónica de los niños, sino que refleja condiciones de vida deterioradas y un medio ambiente no propicio para la salud, que se caracteriza por la falta de acceso a agua segura y saneamiento básico, a una vivienda digna, a fuentes de empleo y a oportunidades educativas. La escolaridad de los padres, sobre todo de la madre, influye decisivamente en el nivel y la distribución de la desnutrición crónica. Los factores geográficos, culturales, étnicos e idiosincrásicos interactúan estrechamente con la distribución de estas variables socioeconómicas³.

La escolaridad materna es también uno de los condicionantes más fuertes de la probabilidad de que un niño muera durante su primer año de vida y afecta la mortalidad infantil de manera indirecta mediante su incidencia en varios ámbitos, como el estatus socioeconómico del hogar, el lugar de residencia y la pertenencia a ciertos grupos étnicos⁴. En todos los países siguen vigentes las diferencias en la mortalidad infantil según el nivel educativo de la madre: los niños de madres con baja escolaridad mueren antes de cumplir 1 año con más frecuencia que los niños de madres más educadas (véase el gráfico VI.7). Sin embargo, en el período examinado, en algunos países, como el Brasil y el Perú, la gran reducción de la mortalidad infantil aconteció precisamente en familias con mujeres con menor educación, mientras que otros no han avanzado con igual vigor en el estrechamiento de la brecha de mortalidad infantil según nivel educativo y en El Salvador, Guatemala, Haití y Honduras esta brecha incluso se ha ensanchado.

Por su parte, el lugar de residencia ha sido una de las más persistentes expresiones de desigualdad en materia de salud, y muchas veces se pierde de vista al considerar niveles de mayor agregación geográfica. Si se considera la zona de residencia, ocho son los países que redujeron la brecha urbano-rural, destacándose la República Dominicana, que la redujo a la mitad, mientras que en Colombia, El Salvador, Guatemala y Haití aumentó la brecha de la tasa de mortalidad infantil según área urbana-rural.

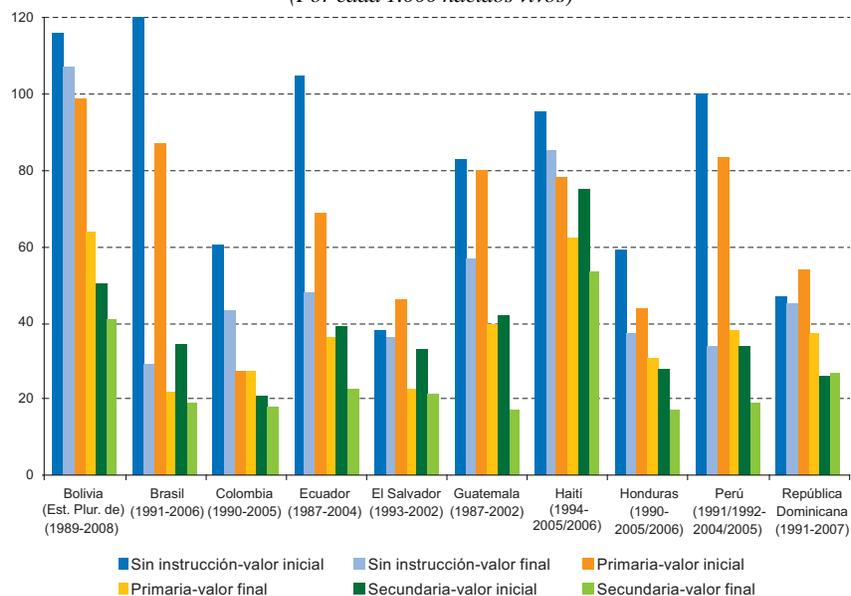
Las desigualdades de la región se concentran en áreas específicas del territorio que condensan desigualdades, particularmente en las zonas rurales, pero también en ciertas regiones y municipios unidos por desventajas de diversa naturaleza, como vulnerabilidad crónica, crisis económicas locales o conflictos internos, que pueden abarcar tanto áreas urbanas como rurales, o varios países. Respecto de la mortalidad infantil, en los mapas VI.1 y VI.2 se destacan en rojo las divisiones administrativas menores con los más altos porcentajes de niños fallecidos de mujeres de 25 a 39 años (un *proxy* para la mortalidad en la niñez).

También las disparidades se dan entre zonas urbanas y periurbanas en las megaciudades de la región. En un reciente estudio donde se utilizan datos de estadísticas vitales de 2007 para la ciudad de Buenos Aires, se compara la mortalidad infantil entre la ciudad de Buenos Aires y el conjunto de partidos que conforman el conurbano del área metropolitana del Gran Buenos Aires, que tiene más de 10 millones de habitantes. La tasa de mortalidad infantil del 14,2% del conurbano es un 70% mayor que la tasa de la ciudad de Buenos Aires, que era del 8,4% (UNICEF/UNFPA, 2010).

³ Los determinantes de la desnutrición crónica analizados para un grupo de países con un análisis econométrico de las encuestas de demografía y salud se desarrollan extensamente en el capítulo IV de la publicación *Objetivos de desarrollo del milenio. La progresión hacia el derecho a la salud en América Latina y el Caribe* (CEPAL, 2008).

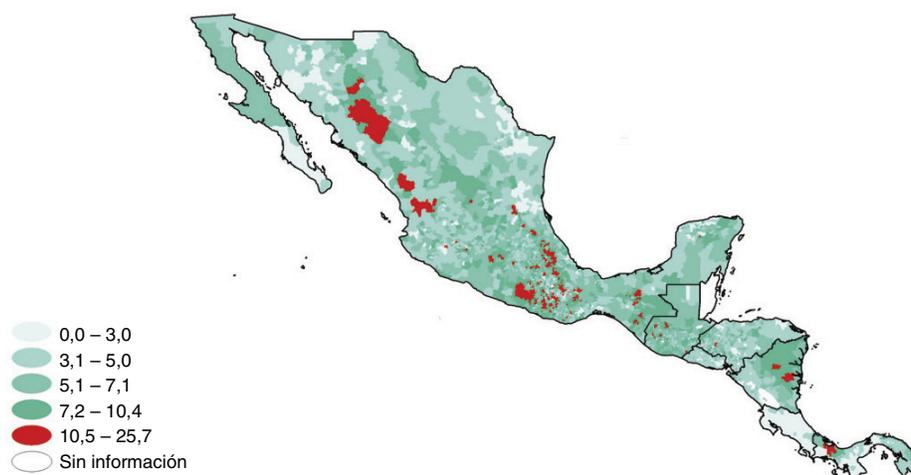
⁴ El Plan de Acción Regional Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo (CEPAL, 1996), instrumento de aplicación regional del Programa de Acción del Cairo, establece criterios adicionales respecto de la necesidad de disminuir la desigualdad, al postular que las diferencias de la mortalidad infantil observadas entre lugares de residencia, áreas geográficas y grupos sociales deben reducirse un 50%.

Gráfico VI.7
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): TASA DE MORTALIDAD INFANTIL, POR NIVEL EDUCATIVO DE LA MADRE, ALREDEDOR DE 1990 Y ALREDEDOR DE 2005
(Por cada 1.000 nacidos vivos)



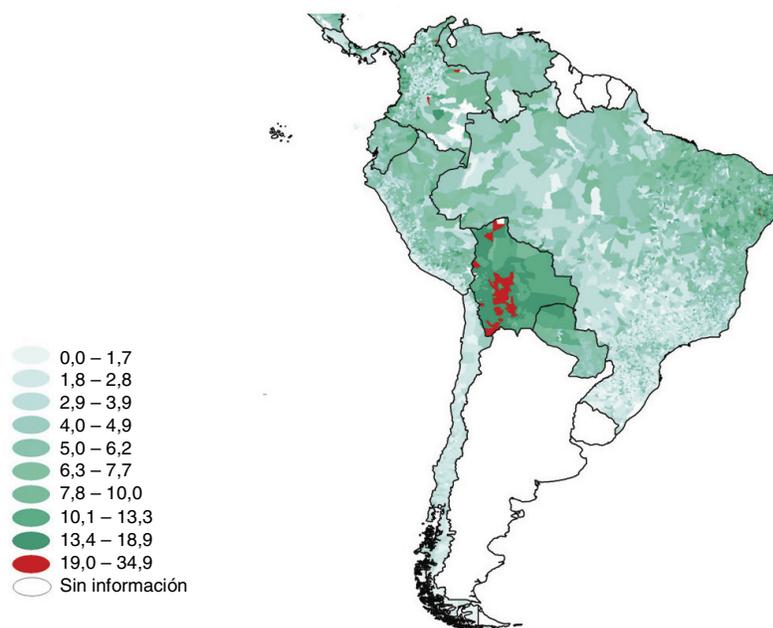
Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de datos del Sistema de Indicadores para el Seguimiento del Programa de Acción de la CIPD [en línea] www.cepal.org/celade; e informes nacionales sobre las encuestas de demografía y salud para el Brasil (PNAD 2006) y el Estado Plurinacional de Bolivia (DHS 2008) [en línea] <http://www.measuredhs.com>.

Mapa VI.1
MESOAMÉRICA: HIJOS FALLECIDOS DE MUJERES DE 25 A 39 AÑOS, ALREDEDOR DE 2000
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), cálculos realizados por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, sobre la base de datos de los censos de población y vivienda, en el marco del proyecto OPS, "Atlas regional de vulnerabilidad subnacional y su impacto sobre la salud", 2010.

Mapa VI.2
AMÉRICA DEL SUR: HIJOS FALLECIDOS DE MUJERES DE 25 A 39 AÑOS, ALREDEDOR DE 2000
 (En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), cálculos realizados por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, sobre la base de datos de los censos de población y vivienda, en el marco del proyecto OPS, “Atlas regional de vulnerabilidad subnacional y su impacto sobre la salud”, 2010.

Recuadro VI.3 LA INICIATIVA ROSTROS, VOCES Y LUGARES

A partir del anterior informe interinstitucional sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio (Naciones Unidas, 2005), donde se puso de manifiesto que América Latina y el Caribe es la región más inequitativa del mundo, en el 47° Consejo Directivo de la OPS se lanzó la iniciativa Rostros, Voces y Lugares con el objetivo de trabajar en los municipios más vulnerables respecto de todos los Objetivos de Desarrollo del Milenio desde la mirada de la salud y el desarrollo, a partir del compromiso político de los ministerios de salud y de los alcaldes y autoridades locales, de la participación y el empoderamiento comunitario y la participación de instituciones académicas y no gubernamentales mediadoras de la cooperación técnica.

Para ubicar con mayor precisión los municipios más vulnerables en los países el CELADE – División de Población de la CEPAL y la OPS llevaron a cabo el *Atlas regional de vulnerabilidad social subnacional y su impacto sobre la salud*. En 2006, los directores regionales de los organismos de las Naciones Unidas, se sumaron a la iniciativa Rostros, Voces y Lugares y el PNUD asumió la coordinación conjunta de la iniciativa. A partir de ese año, todos los países de América Latina y algunos del Caribe han estado trabajando en municipios seleccionados para probar que, aun en las condiciones más adversas, es posible alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio con voluntad política y participación comunitaria y, sobre todo, aunando esfuerzos con una mirada intersectorial y un compromiso interinstitucional. En 2008, este compromiso con el cumplimiento de los Objetivos se extendió a los denominados “territorios transnacionales”, que se extienden más allá de dos o más países y conjugan una gran riqueza en recursos naturales y biodiversidad con una enorme riqueza cultural precolombina y paradójicamente presentan condiciones de pobreza extrema. Los territorios transnacionales identificados en una primera instancia fueron: la Mosquitia entre Nicaragua y Honduras; el Altiplano entre el Estado Plurinacional de Bolivia y el Perú, bordeando el Lago Titicaca; la triple frontera de la Amazonía, y el Gran Chaco Sudamericano entre la Argentina, el Estado Plurinacional de Bolivia y el Paraguay. En estos territorios se están llevando a cabo actividades intersectoriales e interinstitucionales en el marco de la iniciativa Rostros, Voces y Lugares.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Varios territorios con altos niveles de mortalidad infantil concentran también pueblos indígenas y poblaciones afrodescendientes. Si bien es cierto que las tasas han bajado significativamente en las poblaciones discriminadas, aún persisten diferencias importantes entre los indígenas, los afrodescendientes y el resto de la población (véase el cuadro VI.2). Los objetivos del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, reafirmados en 2009 por todos los países de la región, contemplaban la reducción a nivel nacional a menos del 50‰ en 2005. Si bien en 2009 ningún país latinoamericano habría registrado una mortalidad infantil superior al 50‰ (véase el gráfico VI.1), en más de la mitad de los pueblos indígenas incluidos en el estudio la mortalidad es superior a este nivel (Del Popolo y Oyarce, 2005).

Cuadro VI.2
AMÉRICA LATINA (14 PAÍSES): TASA DE MORTALIDAD INFANTIL, SEGÚN CONDICIÓN ÉTNICA
Y ZONA DE RESIDENCIA, CENSOS A PARTIR DE 1990^a
(Por cada 1.000 nacidos vivos)

País	Año del censo	Total país			Área de residencia					
		Indígena	Afrodescendiente	Otros	Urbana			Rural		
					Indígena	Afrodescendiente	Otros	Indígena	Afrodescendiente	Otros
Bolivia (Estado Plurinacional de)	1992	104,0	...	65,9	82,7	...	52,9	121,0	...	93,8
	2001	77,7	...	50,5	67,8	...	48,1	87,8	...	57,1
Brasil	1990	61,1	63,9	39,4	76,7	59,7	36,1	56,7	73,1	50,5
	2000	39,7	40,2	26,7	37,2	37,6	24,7	41,8	48,1	35,0
Chile	2002	12,8	...	11,5	12,0	...	11,4	12,7	...	12,0
Colombia	2005	39,5	31,7	23,9	30,9	30,0	23,5	39,8	33,8	25,0
Costa Rica	2000	20,9	11,2	11,5	20,4	8,2	10,7	21,5	15,1	12,3
Ecuador	1990	101,8	...	53,3	61,5	...	39,6	108,0	...	69,4
	2001	72,2	...	30,5	42,9	...	24,7	76,6	...	39,1
Guatemala	1994	61,1	...	49,7	56,9	...	41,0	62,1	...	55,2
	2002	51,1	...	41,0	47,2	...	35,3	52,6	...	46,7
Honduras	2001	43,5	31,9	34,5	27,1	30,1	25,1	45,2	33,7	41,8
México	1990	63,8	...	36,7	48,7	...	31,1	70,8	...	49,8
	2000	42,7	...	26,2	35,4	...	23,7	47,1	...	33,3
Nicaragua	2005	34,0	38,0	26,4	24,4	24,1	18,8	39,1	47,4	33,9
Panamá	1990	72,2	...	21,6	39,9	...	17,7	75,3	...	26,0
	2000	53,5	...	17,3	31,7	...	15,7	57,5	...	19,5
Paraguay	1992	96,2	...	45,8	90,8	...	45,9	96,5	...	45,8
	2002	78,5	...	37,7	72,1	...	38,8	79,1	...	36,3
Perú	2007	43,8	...	25,4	29,1	...	20,4	56,1	...	40,9
Venezuela (República Bolivariana de)	2001	44,4	...	19,6	31,9	...	19,1	58,1	...	22,6

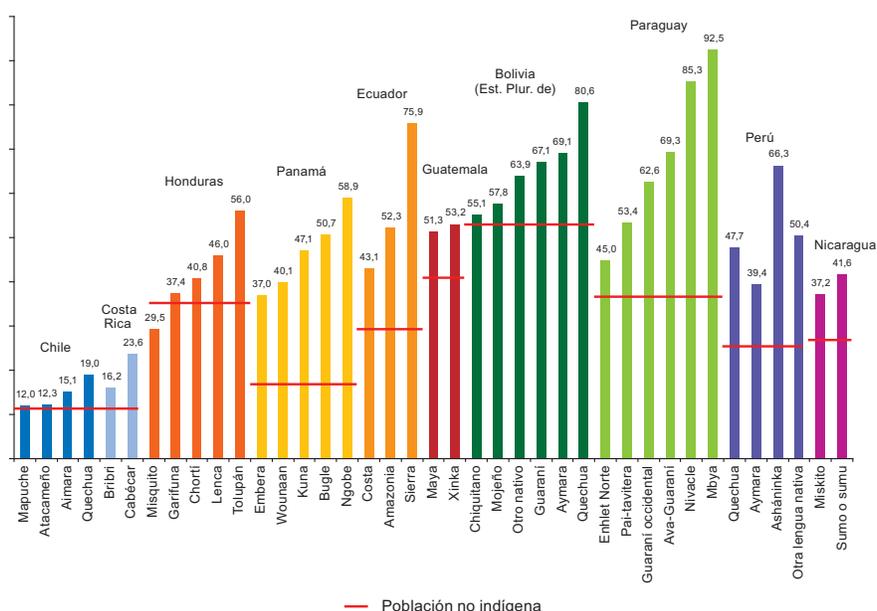
Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), cálculos realizados por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL, procesamiento especial de microdatos censales.

^a Para poder comparar los censos se usaron dos criterios para definir la población indígena. Para el Ecuador, el Estado Plurinacional de Bolivia y México, se definió a partir de los hablantes de idiomas indígenas, ya que solo el último censo incluyó el criterio de autoidentificación, mientras que en los demás casos la población indígena y afrodescendiente se definió a partir de este criterio. En el Perú se imputó la condición étnica basada en la lengua materna de los jefes de hogar y cónyuges. Véanse más precisiones sobre las definiciones y los criterios aplicados para la identificación étnica en los censos de las rondas 1990 y 2000 en Scholnik (2010).

Sin embargo, como también es notorio, la mortalidad infantil de niños indígenas y afrodescendientes varía mucho según el país, lo que indica que el contexto nacional es fundamental. Las condiciones en que viven los pueblos quechua y aimara son muy distintas en Chile y el Estado Plurinacional de Bolivia. En este último, el riesgo de morir de un niño quechua antes de cumplir su primer año de vida es cinco veces mayor que en Chile, y entre los aimara la diferencia es de cuatro veces. Tal como se observa en el gráfico VI.8, los pueblos indígenas mbya y nivacle del Paraguay y el pueblo quechua del Estado Plurinacional de Bolivia tienen mayores probabilidades de

morir en la infancia, con cifras equiparables al promedio regional de hace 40 años. En cambio, los niños indígenas con menores riesgos son los mapuches y atacameños de Chile, con tasas de mortalidad infantil del 11‰ y el 12,5‰, respectivamente, y cuyos asentamientos son mayoritariamente urbanos. La mortalidad infantil también puede variar en el mismo pueblo indígena en contextos distintos. A su vez, también difiere entre los distintos pueblos indígenas y los grupos afrodescendientes (véase el gráfico VI.7). A manera de ejemplo, de acuerdo con el censo de 2005, en Nicaragua la mortalidad infantil afectaba más a estos grupos, sobre todo en las zonas rurales y de manera variada: entre los mestizos de la costa del Caribe la mortalidad era muy elevada (40,2 por 1.000 nacidos vivos), mientras que entre los *creole* era de 18,8 por 1.000. Por tanto, los programas de salud maternoinfantil deben considerar la heterogeneidad entre pueblos, áreas y contextos locales, y las políticas deben tener presente la base territorial y las consideraciones culturales, tanto en el ámbito rural como en las ciudades.

Gráfico VI.8
AMÉRICA LATINA (10 PAÍSES): TASA DE MORTALIDAD INFANTIL, SEGÚN PAÍS Y PUEBLO INDÍGENA, LENGUA, FAMILIA LINGÜÍSTICA O TERRITORIO, CENSOS DE 2000
(Por cada 1.000 nacidos vivos)

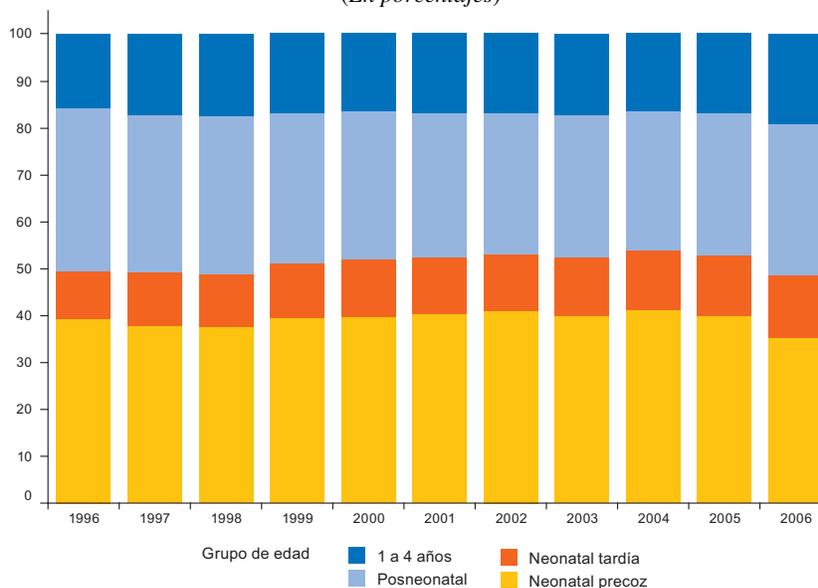


Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), cálculos realizados por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL, procesamiento especial de microdatos censales.

El fortalecimiento de los sistemas de salud basados en atención primaria es un importante factor para la reducción de la mortalidad infantil y de las desigualdades en salud (Macinko, Guanais y Marinho de Souza, 2006). El acceso a nuevas vacunas, a la atención prenatal de calidad y a la asistencia en el parto son factores que reducen de forma importante las brechas de desigualdad existentes en un país o territorio.

La baja de la mortalidad infantil en la región se logró principalmente por la reducción de la mortalidad postneonatal (mortalidad en el período que va de los 28 días de vida a los 11 meses). Esto se refleja en el aumento proporcional del componente neonatal y neonatal precoz de la mortalidad infantil. Cabe señalar, sin embargo, que todavía hay una gran proporción de la mortalidad postneonatal en la región cuya reducción requiere mayores esfuerzos (véase el gráfico VI.9), especialmente en los países con las tasas de mortalidad infantil más altas.

Gráfico VI.9
LAS AMÉRICAS: COMPOSICIÓN DE LAS DEFUNCIONES POR GRUPO DE EDAD EN MENORES DE 5 AÑOS, 1996-2006
 (En porcentajes)



Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS), Sistema de Información de Mortalidad, abril de 2010.

En el recuadro VI.4 se puede observar la distribución de las causas de muertes infantiles en el Ecuador y las acciones llevadas a cabo para enfrentar el problema de la mortalidad infantil en hospitales.

Recuadro VI.4
ECUADOR: DESAFÍOS PARA MEJORAR LA SALUD NEONATAL

En América Latina y el Caribe ha disminuido la mortalidad de los menores de 5 años y se ha reducido la mortalidad postneonatal (entre 28 días y 11 meses de vida). En el Ecuador, según los informes del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), en 1990 la tasa de mortalidad de menores de 5 años fue del 43,1‰ y en 2004 del 21,8‰ (es decir 1,9 veces menor). Sin embargo, con relación a la meta (14,4‰) aún era 1,5 veces mayor.

La tasa de mortalidad en menores de 1 año, considerando como fuente de información el Anuario de estadísticas vitales del INEC (que mide el valor considerando como denominador el número de nacidos vivos de cada año y los registrados un año después de su nacimiento), es sensiblemente menor a la que reportan varias encuestas y muestra una tendencia descendente (en el período 1990-2004 se redujo del 30,3‰ al 15,5‰). La tasa nacional, sin embargo, esconde serias heterogeneidades existentes en las diferentes regiones y provincias, y algunas provincias, como Guayas, Los Ríos, Tungurahua, Pichincha, Chimborazo y Cotopaxi, presentan valores superiores. Además, es preciso considerar el importante subregistro.

De acuerdo con los datos de mortalidad reportados por el país a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), del total de defunciones en menores de 1 año registradas en 2006, las muertes neonatales representaron el 55% y las neonatales precoces (las que ocurren en los primeros siete días de nacido) el 40%.

En menores de 1 año de edad, las afecciones perinatales y las enfermedades transmisibles fueron responsables del 49% y del 17% de las defunciones, respectivamente. En el grupo de las afecciones perinatales se destacan las enfermedades respiratorias perinatales con el 38%, el retardo en el crecimiento, la desnutrición fetal, la gestación corta y el bajo peso al nacer con el 30%, la sepsis bacteriana del recién nacido con el 10% y el resto de las afecciones perinatales con el 22%. En el grupo de las enfermedades transmisibles, las infecciones respiratorias agudas representaron el 69%, las enfermedades infecciosas intestinales el 20%, las septicemias el 4% y las meningitis el 3%.

Los grupos de causas de defunción neonatales con mayor peso son: las enfermedades respiratorias perinatales (28%), el retardo en el crecimiento, la desnutrición fetal, la gestación corta y el bajo peso al nacer (24%), sepsis bacteriana del recién nacido (7%), malformaciones congénitas y otras anomalías cromosómicas (13%), y otras causas (28%).

Recuadro VI.4 (conclusión)

Durante febrero y marzo de 2007, una evaluación de la implementación del componente neonatal de la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) en hospitales seleccionados de varias provincias de las regiones Costa y Sierra del Ecuador, permitió establecer serios problemas de incumplimiento de normas. No existía registro adecuado de los diferentes componentes de la morbilidad y mortalidad de los niños menores de 5 años; los niveles de conocimiento del personal responsable de la atención a la niñez eran muy bajos, desactualizados y no estaban basados en evidencias; el número de recursos humanos responsables de la atención a neonatos era limitado; no existían normas actualizadas para la atención obstétrica y neonatal; no había personal capacitado específicamente para la atención inmediata a los recién nacidos; se registraba un elevado porcentaje de cesáreas realizadas por profesionales no especializados; primaba una inadecuada organización de los servicios de gineco-obstetricia, pediatría y neonatología, y la coordinación entre ellos era deficiente o inexistente.

El Ministerio de Salud Pública preparó un plan urgente de intervención que se consolidó con el lanzamiento en junio de 2007 del Plan Nacional de Reducción de la Mortalidad Neonatal, que pasó a constituirse en la primera política incluida en la agenda social a favor de la niñez y adolescencia, lanzada por el Presidente de la República en junio de 2007 e impulsada y ejecutada por los ministerios del área social: salud, educación, inclusión económica y social, relaciones laborales, con el apoyo de la Asociación de Municipalidades del Ecuador (AME) y la sociedad civil, por medio del Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia. En la primera etapa se abordó la mortalidad neonatal y posteriormente se articuló con la preocupante mortalidad materna y se fusionó en el Plan de reducción acelerada de la mortalidad materna y neonatal, en septiembre de 2008.

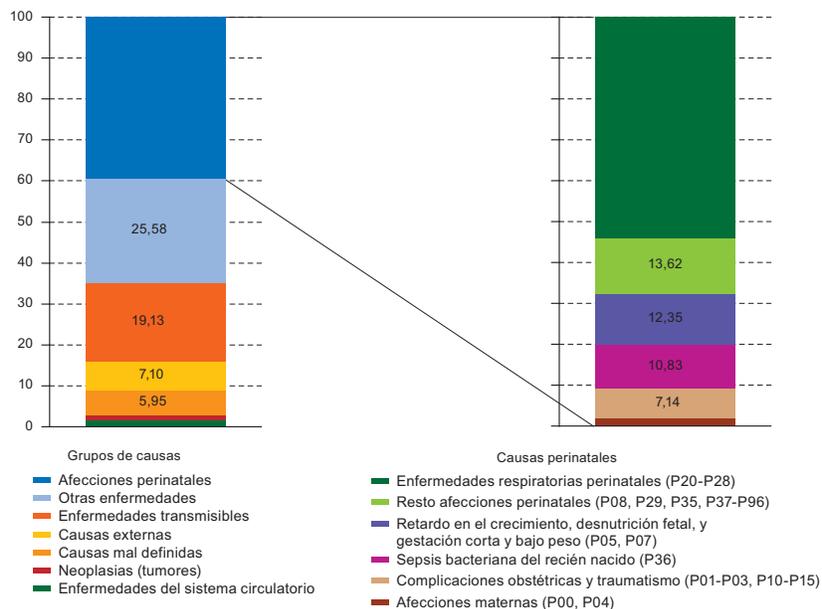
Para continuar avanzando hacia el logro del cuarto Objetivo del Milenio es necesario incrementar los esfuerzos y enfrentar grandes desafíos, como los siguientes:

- Carencia de personal clave en ciertos servicios o ausencia de equipos o insumos críticos para mejorar la calidad de la atención y cumplir con los estándares.
- Superación de resistencias al método de mejora continua de la calidad y a los cambios específicos a los procesos de atención por parte de algunos de los trabajadores de salud.
- Avances en la mejora de la atención prenatal (mejorar deficiencias del proceso: toma correcta de tensión arterial, prescripción de hierro y ácido fólico, examen completo de la madre, llenado correcto de la historia clínica perinatal, uso correcto del laboratorio).
- Atención calificada del parto que cumpla con normas y protocolos (uso del partograma, pinzamiento del cordón en tiempo óptimo, manejo activo de la tercera etapa del parto, prácticas higiénicas y beneficiosas en la atención, tratamiento inicial y referencia clínica en caso de complicaciones, cesárea solamente bajo indicaciones precisas y de acuerdo con un protocolo, maduración fetal de los pulmones en amenaza de parto pretérmino, aplicación de protocolo para ruptura prematura de membranas, eliminación de prácticas rutinarias, como episiotomía, rasura y aplicación de enema), respetando las prácticas culturales y la cosmovisión de los pueblos y etnias que sean adecuadas para evitar la mortalidad neonatal.
- Incremento de los esfuerzos para la atención del posparto inmediato (evaluar un mínimo de tres controles obligatorios durante las primeras tres horas, iniciar contacto piel a piel, lactancia materna exclusiva y alojamiento conjunto madre e hijo, e identificar precozmente las complicaciones).
- Atención inmediata de calidad del recién nacido conforme a normas y protocolos (vigilar y favorecer la respiración espontánea, prevenir pérdidas de calor, prevenir y controlar infecciones, asegurar amamantamiento materno inmediato y alojamiento conjunto, otorgar ciudadanía).

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS), sobre la base de Ministerio de Salud Pública, “Lecciones aprendidas por los Equipos de MCC (Mejoramiento Continuo de la Calidad) de la atención materno-neonatal”, junio de 2008.

En el gráfico VI.10 se muestran las principales causas de mortalidad en la niñez en América Latina y el Caribe alrededor de 2006. Las afecciones perinatales (el período que abarca desde cinco meses antes hasta un mes después del nacimiento) causan el 39% de la mortalidad en la niñez y las enfermedades transmisibles el 19%. Entre las perinatales, las causas evitables tienen un peso importante (más del 20%). Así, los problemas respiratorios del neonato contribuyen en más de la mitad de las defunciones, y la malnutrición fetal y el bajo peso al nacer contribuyen en el 12%.

Gráfico VI.10
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, ALREDEDOR DE 2006
(En porcentajes del total de muertes)



Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS), Sistema de Información de Mortalidad.

Se ha comprobado que el suministro de suplementos de yodo, vitamina A y zinc reduce la mortalidad infantil o la prevalencia de enfermedades graves, o ambas. Por su parte, si los niveles nutricionales de ácido fólico de la madre son adecuados, se reduce el riesgo de mortalidad por defectos del tubo neural. De allí que las intervenciones con micronutrientes, especialmente vitamina A, hierro y zinc, hayan influido positivamente en la reducción de la mortalidad infantil (SCN, 2004).

Los programas para combatir la mortalidad infantil en los países subdesarrollados se han concentrado en la neumonía, la diarrea y las enfermedades prevenibles con vacunas, que son importantes causas de muerte después del período neonatal. Datos provistos por las mismas encuestas para 11 países de la región —Colombia (2005), el Ecuador (2004), El Salvador (2008), el Estado Plurinacional de Bolivia (2008), Guatemala (2002), Haití (2005-2006), Honduras (2005-2006), Nicaragua (2006), el Paraguay (2004), el Perú (2004-2006) y la República Dominicana (2007)— revelan que el 62% de los niños menores de 5 años recibió el esquema completo de vacunación⁵. Cabe resaltar que países como el Estado Plurinacional de Bolivia y Nicaragua presentaron altas tasas de vacunación (un 79% y un 85% de niños con el esquema completo de vacunación, respectivamente). En seis países donde se pudo analizar la brecha según el nivel de riqueza —Colombia, el Estado Plurinacional de Bolivia, Haití, Honduras, el Perú y la República Dominicana— en promedio el 49% de los niños del quintil más pobre había completado su esquema de vacunación, en comparación con el 65% de los del quintil más rico. Nuevamente, el Estado Plurinacional de Bolivia se destacó por la poca variación de la variable. También existen diferencias geográficas para este indicador (el esquema completo de vacunas): en algunos países hubo regiones donde casi mitad de los niños no había recibido la vacunación completa, en tanto que en otras se le había administrado a cerca del 90% (CELADE, 2010a).

⁵ El esquema completo de vacunación consiste en una dosis de la vacuna contra la tuberculosis (BCG) al nacer, tres dosis de la vacuna antipoliomielítica y la pentavalente en el primer año de vida y una dosis de la triple viral en el segundo.

La meta 4.A abarca también la cobertura de la inmunización contra el sarampión de los niños de 12 a 23 meses de edad. El sarampión, importante causa de mortalidad infantil, puede evitarse eficazmente con una vacuna relativamente económica y una revacunación posterior que proporciona protección para toda la vida (Naciones Unidas, 2009). La combinación de una vacunación de rutina mejorada y la cobertura de la segunda dosis ha reducido drásticamente las muertes por sarampión en la región. Desde 1990, cuando la proporción de niños de 12 a 23 meses de edad que había recibido al menos una dosis era del 76%, la cobertura se ha incrementado constantemente, llegando al 94% en 2009, cifra que alcanza la de las regiones desarrolladas (Naciones Unidas, 2008a y 2007). Sin embargo, existen diferenciales dentro de la región: en Haití, la cobertura llegó apenas al 30% a principios de los años noventa y posteriormente subió al 58% en 2007. En el Estado Plurinacional de Bolivia subió del 50% al 80% de 1990 a 2007. La cobertura es casi universal (más del 95%) en varios países —Antigua y Barbuda, la Argentina, Chile, Cuba, Dominica, Guyana, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas y Santa Lucía—, pero en otros ha fluctuado, como en la República Bolivariana de Venezuela, donde pasó del 68% en 1990 al 88% alrededor de 2000, para luego descender al 55% en 2007. Actualmente, la mayoría de los países supera un nivel de cobertura del 80% (CELADE, 2010a).

Además, varias situaciones de vulnerabilidad social que contribuyen a aumentar el riesgo de mortalidad infantil son resultado de la falta de derechos sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Los niños cuyo nacimiento está poco distanciado del anterior tienen tasas de mortalidad infantil por arriba de los promedios del país (véase el cuadro VI.3). Las mujeres con mayor número de hijos también tienen un mayor riesgo de ver a un hijo morir antes de completar el primer año de vida. Esta situación de vulnerabilidad social es más frecuente cuando la fecundidad es elevada y el acceso a servicios de planificación familiar es escaso. En este sentido, ampliar la cobertura de atención de la salud sexual y reproductiva, incluida la anticoncepción, no solo contribuye a lograr los acuerdos establecidos en el Programa de Acción aprobado en El Cairo en 1994, sino también a cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio (Banco Mundial, 2003). Esta relación entre la salud infantil y la salud reproductiva de las madres fundamentó la incorporación de una meta explícita sobre el acceso universal a la salud reproductiva en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que será tratada en el siguiente apartado.

Cuadro VI.3
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): TASA DE MORTALIDAD
INFANTIL, SEGÚN INTERVALO INTERGENÉSICO INFERIOR A 24 MESES,
PARIDEZ Y EDAD DE LA MADRE, ALREDEDOR DE 2005**
(Por cada 1.000 nacidos vivos)

País	Intervalo intergenésico	Paridez				Edad de la madre		Total nacional
	< 2 años	Primero	Segundo-Tercero	Cuarto-Sexto	Séptimo +	< 20 años	40 a 49 años	(10 años antes)
Bolivia (Estado Plurinacional de) (2008)	105	46	50	66	91	63	96	50 ^a
Colombia (2005)	35	21	20	27	40	25	35	22
Guatemala (2002)	58	47	36	45	52	51	93	44
Haití (2005-2006)	97	73	58	66	97	81	98	57
Honduras (2005)	43	28	26	28	42	35	59	29
República Dominicana (2007)	51	26	30	44	81	34	56	33

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de datos de las encuestas demográficas y de salud (EDS) en STATcompiler [en línea] <http://www.statcompiler.com>, e informes finales para el Estado Plurinacional de Bolivia 2008, Guatemala 2002 y Haití 2005/2006, [en línea] <http://www.measuredhs.com>.

^a La cifra del total nacional para el Estado Plurinacional de Bolivia se calcula para el quinquenio anterior a la encuesta (2003-2008).

En suma, se ha avanzado en la reducción de la mortalidad en la niñez en la región, pero las inequidades siguen siendo marcadas y las acciones para lograr una reducción importante de los sectores más rezagados, especialmente de los pueblos indígenas, deben intensificarse. Pese a la variedad de situaciones, todos los países deberán realizar esfuerzos adicionales para encarar los principales determinantes de la mortalidad y adoptar medidas adecuadas y específicas para cada circunstancia.

Para alcanzar el cuarto Objetivo de Desarrollo del Milenio, y como parte de una estrategia de atención integrada, es imprescindible poner en práctica políticas sociales amplias que se propongan reducir las desigualdades entre pobres y ricos, entre grupos étnicos y entre territorios y comunidades. Además, el sector salud debe coordinar acciones que busquen identificar las poblaciones y los territorios con mayores tasas de mortalidad infantil, identificar los componentes de la mortalidad infantil y sus principales causas y determinantes sociales, tanto al nivel de estados y departamentos, como a nivel de municipios y comunidades. Es necesario organizar sistemas de vigilancia de la defunción infantil y desarrollar mejores sistemas de información porque en los países donde la tasa de mortalidad infantil es más alta los sistemas de información en salud son más débiles. Solo con buenos sistemas de información se pueden identificar rápidamente los principales problemas de salud de una población o de un grupo poblacional. Las acciones que tiene que llevar a cabo el sector salud para reducir la mortalidad infantil son bien conocidas, pero para lograr la meta es necesaria una política social amplia que responda a los determinantes sociales de la salud.

B. QUINTO OBJETIVO: MEJORAR LA SALUD MATERNA

El quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio incluye dos metas a lograr entre 1990 y 2015: reducir la razón de mortalidad materna en tres cuartas partes y lograr el acceso universal a la salud reproductiva.

1. Meta 5.A: Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes

La mortalidad materna, así como la morbilidad asociada a sus factores determinantes, son graves problemas de salud pública que manifiestan algunas de las más profundas desigualdades en las condiciones de vida. Reflejan el estado de salud de las mujeres en edad reproductiva y los servicios de salud y la calidad de la atención a que tienen acceso, tales como anticonceptivos, control prenatal, atención calificada del parto y atención de emergencias obstétricas, cuya ausencia acarrea defunciones y daños a la salud que podrían evitarse mediante un adecuado control prenatal y una atención de calidad del parto, del puerperio o de las complicaciones que aparezcan posteriormente. Además de la mortalidad, el daño a la salud materna tiene otras consecuencias, entre las cuales la Organización Mundial de la Salud ha destacado la alta incidencia de la morbilidad y la discapacidad resultantes del inadecuado control y atención de los embarazos y partos, incluida la infertilidad, las enfermedades de transmisión sexual o, en otras etapas del ciclo de vida, las distopías genitales (prolapsos) y la incontinencia urinaria.

La mortalidad materna afecta a todos los estratos sociales, pero se arraiga de manera muy marcada en los más pobres. Se concentra en las mujeres de grupos socioeconómicos bajos, en especial por el limitado acceso a los servicios, las deficiencias de las políticas de salud focalizadas en la salud sexual y reproductiva y la ausencia de garantías de prestación de servicios de salud integral y de calidad para la mujer (Ortiz, 2002). Además, se vincula estrechamente al limitado disfrute de los derechos por parte de las mujeres, por lo cual también es un buen indicador de las desigualdades de género y del ejercicio efectivo de los derechos reproductivos (UNFPA/EAT, 2004). La negación del derecho a decidir libremente entre tener o no tener hijos, el miedo a la violencia por desigualdades de género, la presión sociocultural en torno a la maternidad, incluso hacia las adolescentes, la ausencia o deficiencias de los servicios públicos de información y provisión de servicios de salud sexual y reproductiva y la falta de políticas de educación de la sexualidad son causas relacionadas con la mortalidad materna que deberían encararse abiertamente.

Por medio de esta meta, el quinto Objetivo del Milenio plasma las exigencias que diversos instrumentos internacionales han señalado respecto de la necesidad de proteger la salud de todas las madres sin distinción. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha indicado que la no adopción de medidas adecuadas para reducir las tasas de mortalidad materna puede constituir una violación de los derechos humanos; por lo que la meta 5.A y el derecho a la salud se refuerzan mutuamente.

La prestación de atención sanitaria a las madres es una obligación básica que debe estar disponible, ser accesible, aceptada y de calidad suficiente. Esta obligación implica, a su vez, la no discriminación, definida como la adopción de medidas inmediatas que garanticen la distribución equitativa de establecimientos y personal de atención obstétrica. Esto incluye abordar las barreras de género y jurídicas al uso de la atención obstétrica de emergencia.

El primer indicador para medir el progreso en el cumplimiento de esta meta es la razón de mortalidad materna, que se define como el número de mujeres que fallece anualmente por causas relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio, por cada 100.000 nacidos vivos.

El UNICEF ha propuesto un marco conceptual sobre las causas de la mortalidad materna y la mortalidad infantil neonatal, en aras de la planificación de acciones concretas para mejorar la salud materna y neonatal, que enfatiza que los resultados en materia de salud están determinados por factores interrelacionados que comprenden, entre otros, la nutrición, el agua, el saneamiento y la higiene, los servicios de atención sanitaria y la práctica de hábitos saludables, y el control de las enfermedades. Estos factores se definen como inmediatos (que provienen del individuo), subyacentes (que provienen de los hogares, las comunidades y los distritos) y básicos (que provienen de la sociedad).

Para establecer tendencias en relación con los avances respecto de ese objetivo y esa meta, es preciso utilizar con cautela el indicador de la mortalidad materna, puesto que diversos factores afectan su confiabilidad y su detección y registro es deficiente. El subregistro es alto, en circunstancias que afectan sobre todo a la mujeres pobres y poblaciones vulnerables discriminadas por raza o etnia, o por situaciones como el aborto, que se oculta en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe debido a que es ilegal (Bergsj, 2001).

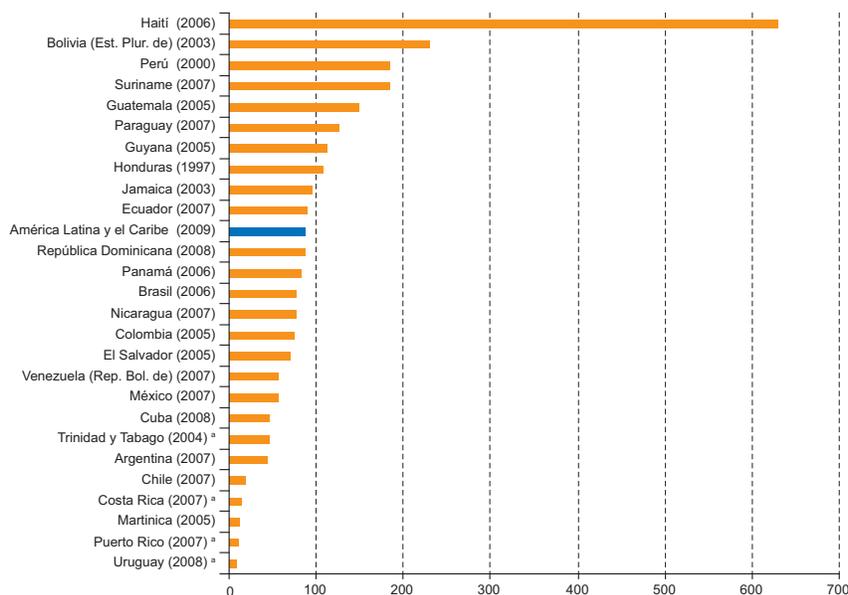
En América Latina y el Caribe el virtual estancamiento de la razón y el número absoluto de muertes maternas registrado en la década de 1990 es motivo de preocupación, ya que la región no avanza de manera manifiesta hacia la meta de reducir en tres cuartas partes la incidencia de la mortalidad materna para 2015. Para ello, se requieren esfuerzos adicionales.

Las razones de mortalidad de los países de la región son muy diversas, y las tendencias divergentes: mejoran en algunos países y empeoran marcadamente en otros. Los niveles del grupo formado por la Argentina, Chile, Costa Rica, Cuba, Puerto Rico y el Uruguay son inferiores a 50 muertes por cada 100.000 nacimientos. El resto presenta razones que oscilan desde 56 en México hasta el valor extremo de 630 de Haití (véase el gráfico VI.11). Se trata de un cuadro muy desfavorable con respecto a las regiones desarrolladas, cuyas tasas de mortalidad materna no superan las 10 muertes por cada 100.000 nacidos vivos.

Un sistema de seguimiento requiere de mejores herramientas de control y registro, y la confiabilidad de los datos es variable. Como ya se indicó, existen errores en la medición de las muertes maternas en gran parte de los países de la región, ya sea por el subregistro o la inadecuada clasificación de estas muertes, o por el subregistro de los nacimientos en el denominador. En países con baja cobertura de certificación de defunciones, el subregistro y la mala clasificación son los problemas característicos, mientras que en países con alta cobertura de certificación (90%) el problema principal es la mala clasificación, debida al registro incorrecto de las causas del fallecimiento en el certificado, que impide codificar una proporción significativa de muertes maternas. En gran parte de los países, la falta de datos o inconsistencias de los datos reportados para el período anterior a 2000 impiden analizar series largas e incluso a partir de aquel año persisten problemas de calidad y consistencia de la información reportada.

Con el apoyo de metodologías validadas, como la RAMOS (Reproductive Age Mortality Survey), los estudios de búsqueda intencionada de muertes maternas permiten identificar muertes que no fueron inicialmente clasificadas como tales y reclasificar las confirmadas, lo que mejora los registros vitales. Unos cuantos países están desarrollando esfuerzos para mejorar los registros y uno de los principales efectos es el incremento del número de muertes maternas registradas. El estudio y la documentación de cada muerte proveen un mayor conocimiento de la materia y de los factores condicionantes, lo que permite avanzar en las estrategias para su prevención. De allí que sea crucial continuar mejorando los registros y las clasificaciones de las muertes, así como fortalecer los sistemas de notificación, vigilancia e información.

Gráfico VI.11
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (26 PAÍSES Y TERRITORIOS): RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA
(INDICADOR 5.1 DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO),
ALREDEDOR DE 2005
(Por cada 100.000 nacidos vivos)



Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS), “Health Situation in the Americas: Basic indicators”, 2007 y 2009.

^a Debido al pequeño número de eventos, en algunos países la razón no cumple con estándares de confiabilidad y precisión. Razones solo presentadas para países con más de 10.000 nacimientos anuales.

Considerando la situación antes descrita, se presentan resultados de solamente 11 países, algunos de los cuales muestran una gran variabilidad en los datos. Se evidencian avances insatisfactorios o bien una mejora de los registros. Pueden distinguirse tres categorías de países: con tendencia descendente, con tendencia estable y con tendencia ascendente (véase el cuadro VI.4). Solamente Colombia, México, Nicaragua, el Paraguay y la República Bolivariana de Venezuela presentan una tendencia descendente, pero a niveles que hacen difícil predecir si lograrán la meta.

La mortalidad materna es estable en el Brasil, Chile, Costa Rica y Cuba, en cierta medida debido a los esfuerzos emprendidos para mejorar la calidad del registro investigando las muertes de mujeres en edad fértil. No obstante, es difícil estimar si estos países van a cumplir o no la meta, porque aún mantienen valores altos y no se percibe una disminución significativa. Por su parte, la Argentina y la República Dominicana muestran una tendencia ascendente en la razón de mortalidad materna.

Es interesante el caso de México, donde el Sistema de las Naciones Unidas creó un grupo de trabajo sobre mortalidad materna, integrado por la CEPAL, el UNIFEM, el PNUD, la OMS, el UNICEF y el ACNUDH, para prevenirla y reducirla. Por medio de este grupo de trabajo, en 2010 se facilitó la instalación de un observatorio de mortalidad materna, con activa participación de la sociedad civil, que se constituye como una instancia importante de seguimiento, transparencia y rendición de cuentas en materia de mortalidad materna.

Cuadro VI.4
**AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): EVALUACIÓN DE LA TENDENCIA
 DE LA RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA (INDICADOR 5.1 DE LOS
 OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO), 2001-2008**
(Por cada 100.000 nacidos vivos)

País	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Tendencia descendente									
Paraguay	164	159,7	182,1	174,1	153,5	128,5	121,4	127,3	--
Colombia	104,9	98,6	84,4	77,8	78,7	78,7	72,9	70	75,6
México	72,6	70,8	59,9	62,6	60,9	61,8	58,6	55,6	57,2
Nicaragua	--	87	95,6	82,8	87,3	86,5	90,4	76,5	--
Venezuela (República Bolivariana de)	--	60,1	67,2	68	57,8	--	59,9	--	56,8
Tendencia estable									
Brasil	73,3	70,9	75,9	73	76,1	74,7	77,2	--	--
Cuba	40,4	33,9	41,1	39,5	38,5	51,4	49,4	31,1	46,5
Costa Rica	35,8	31,4	38	32,9	30,5	36,3	39,3	19,1	--
Chile	18,7	--	16,7	13,4	17,3	19,8	18,1	18,2	--
Tendencia ascendente									
República Dominicana	--	69	82	63	75,3	91,7	80	72,8	86,3
Argentina	35	43,5	46,1	43,6	40,1	39,2	47,8	43,7	--

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS), Sistema de Información de Indicadores Básicos, febrero de 2010.

A partir de la información disponible de mortalidad que reportan los países, en 2005 ocurrieron 5.613 defunciones maternas⁶. Sin embargo, este número aumenta considerablemente si se atiende al hecho de que Honduras y Jamaica no han enviado en los últimos años datos de mortalidad en general. Por otra parte, el Estado Plurinacional de Bolivia y Haití, si bien envían sus datos, tienen un subregistro de más del 50%. Si se considera como máximo un 22% adicional para todos los países por mala clasificación y 2.000 defunciones más para compensar los registros faltantes y los subregistros, la cifra de muertes maternas esperada para ese año en la región podría ser de alrededor de 9.272.

En cuanto a las causas de la mortalidad materna, la información entregada por los países evidencia que las causas obstétricas directas fueron responsables de casi el 80% de las defunciones maternas (78%), destacándose en este grupo: la enfermedad hipertensiva (23%), la hemorragia del embarazo, parto y puerperio (18%), el aborto (11%), la sepsis y otras infecciones puerperales (5%)⁷. El grupo restante obedeció a complicaciones del embarazo, parto y puerperio (21%) y a causas no especificadas (2%). No fueron incluidas las defunciones por enfermedad por VIH/SIDA que complican el embarazo, parto o puerperio en el análisis. También es necesario prestar atención a las causas obstétricas indirectas, identificadas como aquellas enfermedades infecciosas, parasitarias y otras enfermedades maternas que complicaron el embarazo, parto y puerperio, responsables del 18% de las muertes maternas para el mismo año. Este grupo de causas también debe incluirse en la medición y el análisis de la mortalidad materna. En el seno de los países hay variaciones en cuanto a las causas.

La enfermedad hipertensiva del embarazo fue la causa más importante de muerte materna en el Brasil, Colombia, México y la República Bolivariana de Venezuela. En contraste, en Guatemala y Nicaragua alrededor del 30% de las muertes maternas se debieron a la hemorragia del embarazo, parto y puerperio, destacándose también dicha causa en el Ecuador y El Salvador.

En la Argentina se evidencia la importancia del aborto como causa de muerte materna siendo responsable de un tercio del total de muertes en 2005, seguida de la enfermedad hipertensiva.

⁶ Organización Panamericana de la Salud, Sistema de Información de mortalidad.

⁷ *Ibíd.*

Cuadro VI.5
**AMÉRICA LATINA (12 PAÍSES): DISTRIBUCIÓN DE LAS MUERTES
 MATERNAS POR GRUPOS DE CAUSAS, 2005**
 (En porcentajes)

País	Enfermedad hipertensiva	Hemorragia del embarazo, parto y puerperio	Aborto	Sepsis y otras infecciones puerperales	Otras complicaciones del embarazo y parto	Otras complicaciones principalmente puerperales	Causas obstétricas indirectas	Muerte obstétrica de causa no especificada
Argentina	15,2	13,8	28,6	3,3	10,5	4,3	18,5	5,8
Brasil	26,2	13,8	9,5	7,2	14,4	6,2	18,9	3,7
Chile	22,2	11,1	15,6	4,4	4,4	2,2	37,8	2,2
Colombia	28,3	15,4	10,9	5,1	7,3	4,5	22,9	5,7
Costa Rica	22,2	3,7	11,1	3,7	14,8	11,1	33,3	...
Cuba	8,1	24,2	9,7	3,2	4,8	21,0	27,4	1,6
Ecuador	30,8	28,0	11,9	7,0	13,3	...	4,9	4,2
El Salvador	30,4	30,4	17,4	4,3	13,0	4,3
Guatemala	21,8	39,8	6,8	7,1	19,8	3,7	...	1,1
México	26,1	25,5	7,5	2,4	15,1	5,0	18,0	0,4
Nicaragua	22,6	38,7	1,1	9,7	8,6	5,4	14,0	...
Venezuela (República Bolivariana de)	26,0	12,1	13,0	6,9	17,1	3,8	21,1	...

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS).

La sepsis y otras infecciones puerperales fueron responsables del 10% de las muertes maternas en Nicaragua y del 7% en el Brasil, el Ecuador, Guatemala y la República Bolivariana de Venezuela.

Países como Chile, Costa Rica y Cuba, por el contrario, presentaron como causa de muerte más importante las obstétricas indirectas con porcentajes del 37%, el 33% y el 27%, respectivamente.

Uno de los factores más estrecha y universalmente asociado con la reducción de la morbilidad y la mortalidad maternas es la atención del parto por personal calificado, que contribuye a evitar complicaciones⁸. El análisis de este indicador permite identificar situaciones y países en que es preciso introducir mejoras sustanciales. De 36 países que disponen de información (véase el anexo estadístico), 27 han alcanzado el umbral del 90% de nacimientos con atención profesional, establecido como meta para el año 2015 por la Asamblea General de las Naciones Unidas⁹. No obstante, al igual que en el caso de la mortalidad materna, el Estado Plurinacional de Bolivia, Guatemala, Haití y el Perú son los países más rezagados. También hay atrasos importantes en Honduras, Nicaragua y el Paraguay. Además, hay países que comunican altas coberturas de atención por personal calificado, aunque en la práctica no respetan la definición internacional aceptada.

Sin embargo, un determinado umbral de atención del parto por sí solo no garantiza que la mortalidad materna disminuya. Ella también depende de la efectividad y calidad de la atención de los servicios de salud, además de otros factores socioeconómicos, culturales y ambientales, y no puede perderse de vista la muerte ocurrida en el puerperio, período que sigue inmediatamente al parto y que se extiende por 42 días. En estos casos, las demoras para buscar atención médica pueden ocasionar muertes, aun cuando el parto haya sido atendido por personal calificado. Por ende, el cuidado posparto también es importante para la salud materna e infantil, para diagnosticar riesgos como la hemorragia posparto de la madre o la infección.

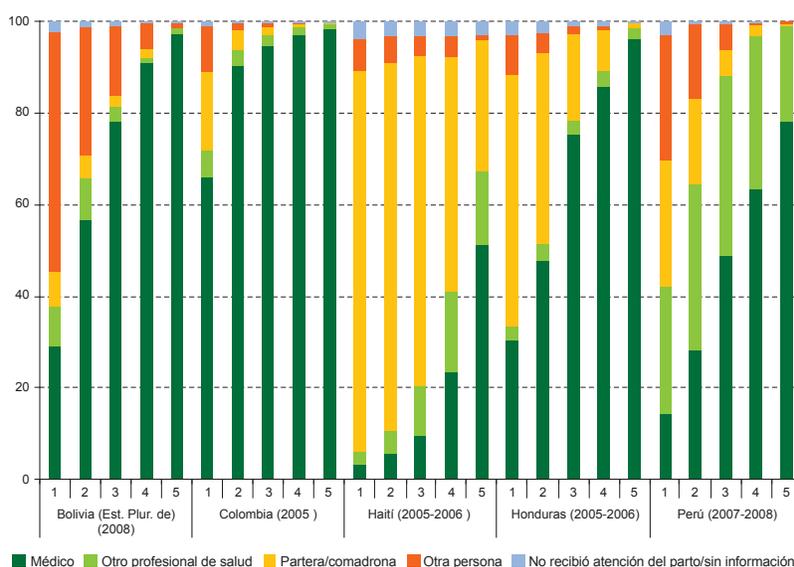
A pesar de la falta de indicadores y buena información sobre la efectividad y calidad de atención al parto, hay que examinar las desigualdades existentes en el seno de los propios países. Las mujeres que residen en las zonas rurales y más alejadas de las ciudades tienen una proporción de partos atendidos por personal calificado claramente inferior. El contraste puede ser tan marcado como en Haití, donde la atención profesional en las zonas urbanas es aproximadamente cuatro veces superior que en las rurales (UNFPA/EAT, 2004). También es decisivo en el tipo de

⁸ Se entiende por personal calificado a médicos obstetras, médicos con entrenamiento en la atención de la gestante, parteras universitarias (obstétricas, obstetrices, matronas) y enfermeras con entrenamiento en la atención de gestantes y parteras (comadronas) diplomadas; no se incluye a parteras tradicionales entrenadas o no entrenadas.

⁹ Período extraordinario de sesiones dedicado al seguimiento de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, conocido como CIPD+5, celebrado en 1999.

atención recibida en el parto el estatus socioeconómico (véase el gráfico VI.12), como lo evidencian las encuestas demográficas y de salud. El caso extremo es el del Estado Plurinacional de Bolivia, donde el porcentaje de mujeres con un parto con atención calificada del más alto quintil de ingreso es más del doble que el porcentaje de mujeres del quintil inferior (un 98% frente a un 45%) y los partos de mujeres con bajos recursos son atendidos primordialmente por familiares, parientes u otras personas. En Colombia predomina la atención por médicos, en Haití la atención por parteras, en Honduras una mezcla entre médicos y parteras, y en el Perú, médicos y otros profesionales de salud. Respecto del Caribe, véase el recuadro VI.5.

Gráfico VI.12
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): ATENCIÓN CALIFICADA DEL PARTO, SEGÚN QUINTILES DE INGRESO, ALREDEDOR DE 2005^a
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de las encuestas de demografía y salud (EDS). Cifras obtenidas mediante procesamiento con STATcompiler [en línea] <http://www.statcompiler.com>, y de los informes finales de las encuestas del Estado Plurinacional de Bolivia (2008) y el Perú (2007-2008) [en línea] <http://www.measuredhs.com>.

^a Porcentaje de nacimientos en los cinco años anteriores a las encuestas.

Recuadro VI.5 **LA SALUD MATERNA EN EL CARIBE**

En el Caribe, los tres países que presentan las razones de mortalidad más alta, según los datos provistos por la Organización Panamericana de la Salud, son Suriname, que en 2007 registró 184,3 muertes por cada 100.000 nacidos vivos (OPS, 2009b), Guyana, con 112,5 muertes en el mismo año (OPS, 2009b), y Jamaica, que en el período comprendido entre 2001 y 2003 registró 95 muertes (OPS, 2007a). Por otra parte, el perfil de la mortalidad materna ha cambiado, con una mayor concentración entre las adolescentes (CEPAL/UNFPA, 2009).

La asistencia de partos por personal calificado, asociada a la disminución de la mortalidad materna, si bien presenta una alta cobertura entre los países del Caribe (ver cuadro) no se ha traducido necesariamente en servicios de alta calidad que reduzcan la mortalidad materna (PNUD, 2004). Guyana registra para 2006 la proporción más baja de partos asistidos por personal capacitado (83,3%), así como de partos atendidos en centros de salud (82,6%), siendo las hemorragias durante el embarazo y el parto la principal causa de mortalidad materna (Gobierno de Guyana, 2007). Lo mismo sucede con la atención prenatal, que no siempre se concentra durante el primer trimestre del embarazo (período clave para el desarrollo de un embarazo e hijos sanos), como sucede en Belice, en donde solo el 14% del total de consultas médicas se realizaron en esa fase (PNUD-Ministerio de Desarrollo Social, Gobierno de Belice, 2005), al igual que en Jamaica, donde la leve reducción de la mortalidad materna se relaciona con la pequeña proporción de mujeres que se atienden en el primer trimestre de embarazo y donde la principal causa de las muertes maternas son las complicaciones obstétricas (Gobierno de Jamaica, 2004).

Recuadro VI.5 (conclusión)

EL CARIBE (CUATRO PAÍSES): INDICADORES DE SEGUIMIENTO DE SALUD MATERNA
(En porcentajes)

Indicador	Belice	Guyana	Jamaica	Trinidad y Tabago
	2006	2006	2005	2006
Partos asistidos por personal capacitado	95,8	83,3	97,0	97,8
Prevalencia del uso de anticonceptivos	34,3	34,2	...	42,5
Atención prenatal (al menos una vez)	94,0	81,4	91,0	95,7
Necesidades insatisfechas de planificación familiar total (para espaciar y limitar los embarazos)	31,2	32,4	...	26,7

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) sobre la base de Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Trinidad y Tabago, *Monitoring the Situation of Children and Women. Multiple Indicator Cluster Survey 3. Final Report*, 2008; Jamaica, *Monitoring the Situation of Children and Women. Multiple Indicator Cluster Survey, 2005*, , Belice, *Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS) and Millennium Development Goals (MDG) Indicators*, 2006; Guyana, *Monitoring the Situation of Children and Women. Multiple Indicator Cluster Survey*, 2006.

El aumento del uso de anticonceptivos y, por ende, un mayor control de la natalidad entre las jóvenes, contribuye a disminuir la mortalidad materna adolescente. Sin embargo, este indicador abarca solo a mujeres casadas o en unión, aun cuando una parte significativa de las relaciones sexuales ocurren fuera de este contexto y también muchas madres son solteras: en Saint Kitts y Nevis, un 19% del total de nacimientos de 2003 fueron de madres adolescentes y un 75% fueron de madres solteras (OECD/PNUD, 2006). La fecundidad, que ha descendido desde 1990 (véase el cuadro), varía notoriamente por grupos de edad (CEPAL/UNFPA, 2009), lo que reafirma la necesidad de ampliar el uso de anticonceptivos.

EL CARIBE (CUATRO PAÍSES): TASA DE FECUNDIDAD ESPECÍFICA DE MUJERES DE 15 A 19 AÑOS
(Nacimientos por cada 1.000 mujeres)

País	1990	2002
Belice	135,2	94,1
Guyana	94,8	90,0 ^a
Jamaica	93,6 ^{a,b}	58,2 ^c
Trinidad y Tabago	58,3	32,0

Fuente: Naciones Unidas, Sitio Oficial de los Indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, [en línea] <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Data.aspx>.

^a Dato correspondiente a 2003.

^b Dato correspondiente a 1995.

^c Dato correspondiente a 2006.

En cuanto a las necesidades insatisfechas de planificación familiar, una situación favorable se observa en Trinidad y Tabago, donde cuanto mayor es el uso de anticonceptivos, menor es la tasa de necesidades insatisfechas. Pero en Belice y Guyana, que comparten similares valores en ambos indicadores, la situación es más compleja y la prevalencia del uso de anticonceptivos puede considerarse baja.

Finalmente, cabe destacar la educación sexual dentro de los desafíos que presenta el Caribe en materia de salud reproductiva. Esta no se aborda adecuadamente y sigue siendo un tema tabú, especialmente en lo que respecta a niños, adolescentes y jóvenes. La atención debe centrarse en estos grupos de edades y, sobre todo, en los adolescentes para mejorar la salud reproductiva y también reducir la prevalencia del VIH/SIDA.

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) , “Review and Appraisal of the Implementation of the Cairo Programme of Action in the Caribbean 1994-2009” (DDR/2), documento presentado en el seminario regional Avances y acciones clave para la implementación del Programa de Acción de El Cairo, a 15 años de su aprobación, octubre de 2009; Gobierno de Guyana , Guyana, Millennium Development Goals, 2007 [en línea] <http://www.undg.org/docs/7665/Guyana%20MDG%20Report%202007.pdf>; Gobierno de Jamaica, Millennium Development Goals Jamaica, abril de 2004; Organización de Estados del Caribe Oriental/Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (OECD/PNUD) , “Saint Kitts y Nevis. Millennium Development Goals. A Plan of Action for Localising and Achieving the Millennium Development Goals (MDGs)” [en línea] http://www.eclac.cl/MDG/noticias/paginas/2/35552/MDG_Report_-_St_Kitts_2006.pdf, 2006; Organización Panamericana de la Salud (OPS), Health Situation in the Americas. Basic Indicators, 2007 y 2009; Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) , *Regional Report on the Achievement of the Millennium Development Goals in the Caribbean Community*, Trinidad y Tabago, septiembre de 2004.

Recuadro VI.6

EL COMPROMISO PARA REDUCIR LA MORTALIDAD MATERNA EN LA ARGENTINA

En la Argentina, la estructura de las causas de muertes maternas se ha mantenido invariable en los últimos 15 años, con las complicaciones derivadas del aborto como principal razón, y la proporción de muertes maternas por aborto (24%) duplica la estimación de la Organización Mundial de la Salud para la región. De allí que el Plan Federal de Salud 2004-2007 definiera la salud materna, la salud sexual y la procreación responsable como áreas prioritarias. En octubre de 2004 se firmó el Compromiso para la reducción de la mortalidad materna en Argentina, en el marco del Consejo Federal de Salud (COFESA), que reúne a las máximas autoridades sanitarias nacionales y provinciales. Desde 2006, el Ministerio de Salud lleva adelante el Programa de mejoramiento de la atención postaborto, cuyo objetivo es reducir la morbimortalidad atribuible a los abortos inseguros y prevenir la recurrencia de un embarazo no deseado mediante tecnologías beneficiosas y rentables y un abordaje preventivo centrado en la mujer. Se incorporó además la aspiración manual endouterina (AMEU) como una alternativa al legrado tradicional, que pueden elegir los profesionales de la salud que, conforme a la resolución ministerial N° 989/2005, se introdujo como protocolo para los servicios de salud en la Guía de mejoramiento de la atención postaborto elaborada por el Ministerio.

Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL, “América Latina: avances y desafíos de la implementación del Programa de Acción de El Cairo, con énfasis en el período 2004-2009”, *documentos de proyectos*, N° 311 (LC/W.311), Santiago de Chile, 2010.

Las desigualdades y las dificultades de acceso y uso de los servicios de salud reproductiva son muy marcadas, sobre todo para la población rural y de origen indígena, cuya mortalidad materna es muy elevada. Esto se relaciona con la escasez de servicios y cuidados de emergencia y, en especial, de los obstétricos (véase el cuadro VI.6), o con sus elevados costos. La información sistemática sobre la disponibilidad de servicios de atención de emergencias obstétricas es escasa, pero en el cuadro VI.6 se muestra que a comienzos de la presente década, países como El Salvador y Honduras no contaban con centros de cuidado obstétrico dotados de los servicios básicos recomendados por las Naciones Unidas y en el Estado Plurinacional de Bolivia apenas llegaba al 11% del nivel recomendado. Además, los centros de salud son lejanos y existe escasa información sobre los servicios disponibles. De ahí que deban adoptarse medidas urgentes para ampliar el acceso y reducir las desigualdades. En los países de América Latina esto implica fortalecer los sistemas de salud para lograr la equidad en el acceso, modificar los efectos negativos del ciclo de desventajas que afectan a los grupos vulnerables, además de impulsar el desarrollo económico y la reducción de la pobreza.

Cuadro VI.6

AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): CENTROS DE CUIDADO OBSTÉTRICO DE EMERGENCIA, COMO PORCENTAJE DEL NÚMERO MÍNIMO RECOMENDADO DE INSTALACIONES POR LAS NACIONES UNIDAS, SEGÚN EL TAMAÑO DE LA POBLACIÓN, ALREDEDOR DE 2000

	Número de centros de servicios encuestados	Servicios básicos (4 centros/500.000 habitantes) (en porcentajes)	Servicios básicos y comprensivos (5 centros/500.000 habitantes) (en porcentajes)
Bolivia (Estado Plurinacional de), 2003	85	11	48
Honduras, 2003	27	0	33
El Salvador, 2003	33	0	43
Nicaragua, 1999/2000 ^a	123	53	86
Perú, 1999/2000 ^b	31	48	58

Fuente: A. Paxton y otros, “Global patterns in availability of emergency obstetric care”, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 93, 2006.

^a La evaluación fue hecha para 9 de los 17 Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS).

^b La evaluación fue hecha para seis de las provincias del departamento de Ayacucho. El indicador se calcula dividiendo el número de centros de salud que atienden emergencias obstétricas por el tamaño de la población/500.000. Por cada 500.000 habitantes, las Naciones Unidas recomiendan como mínimo cuatro centros de servicios básicos y un centro de servicios integrales.

Para la salud materna es crucial mejorar la calidad de los servicios de salud preconcepcional, prenatal, del parto y, en particular, los obstétricos de emergencia. Además, es clave perfeccionar las estadísticas vitales y, a partir de los datos generados, supervisar efectivamente el estado de la mortalidad materna y sus tendencias.

Recuadro VI.7

FORTALECIMIENTO DE LOS SISTEMAS DE SALUD BASADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

El logro de las metas nacionales e internacionales en materia de salud, incluidas aquellas contenidas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, requerirá una mayor y más efectiva inversión en los sistemas de salud. Cada vez existe más consenso en la comunidad internacional acerca de que el cumplimiento de los Objetivos no se logrará sin un fortalecimiento y mejoramiento del desempeño de los sistemas de salud. Algunas de las principales deficiencias de los sistemas de salud actuales incluyen la prestación de una “atención inversa” por la cual las personas con más medios son las que consumen más atención, mientras que las que tienen menos medios y más problemas de salud son las que menos lo hacen; la “atención empobrecedora”, por la cual las personas y las familias que carecen de protección social caen en la pobreza como resultado de los exorbitantes gastos que deben costear de su propio bolsillo para recibir atención; la “atención fragmentada”, debida a la excesiva “verticalización” de los programas de salud, que impide que se adopte un enfoque holístico e integral de la atención de las personas; la “atención peligrosa”, debida al diseño inadecuado de sistemas que no garantizan las condiciones de seguridad e higiene necesarias, y la “orientación inadecuada de la atención”, por la que la asignación de los recursos se concentra en los servicios curativos y se descuida la prevención y promoción de la salud.

Para afrontar estos retos, los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), con el apoyo de la Oficina Sanitaria Panamericana, han emprendido importantes iniciativas a fin de reformar y reestructurar sus sistemas de salud con el propósito de hacerlos más eficientes, eficaces, accesibles e inclusivos. Las iniciativas más importantes están siendo guiadas por los principios y la orientación estratégica de una nueva visión de la atención primaria de salud, que la OPS, la OMS y la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud han señalado como el enfoque más eficaz para promover mejoras equitativas y sostenibles en materia de salud. La evidencia internacional parece indicar que los sistemas de salud que se fundamentan en una sólida orientación a la atención primaria de la salud alcanzan resultados mejores y más equitativos, son más eficientes, tienen menores costos de atención y logran una mayor satisfacción del usuario en comparación con los sistemas de salud cuya orientación a este tipo de atención es escasa.

La OPS y sus Estados Miembros consideran que una estrategia renovada de atención primaria de la salud es una condición esencial para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio, así como para abordar las causas fundamentales de la salud —tal como ha definido la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud— y para codificar la salud como un derecho humano, como han articulado algunas constituciones nacionales, grupos de la sociedad civil y otros. Para hacer de esto una realidad, el Informe de la salud en el mundo (OMS, 2008a) propone cuatro áreas de reforma basadas en la atención primaria de salud, que incluyen acciones a nivel de:

- Cobertura universal. Para lograr reducir las inequidades en materia de salud, todas las personas deben tener acceso a la asistencia sanitaria según sus necesidades e independientemente de su capacidad de pago. Los países deben emprender reformas y poner en marcha intervenciones que los lleven hacia el acceso universal y la protección sanitaria social, incluidas iniciativas para ampliar la cobertura a toda la población para un número creciente de servicios y con un gasto de bolsillo que sea cada vez menor.
- Prestación de los servicios. Para responder a las necesidades y las expectativas de las personas, la asistencia sanitaria debe centrarse en las personas. Los países deben emprender actividades que les permitan organizar y reformar sus servicios de salud a fin de garantizar el acceso a la atención de calidad a nivel local. Esto incluye el desarrollo de redes integradas de servicios de salud que provean servicios de salud equitativos e integrales a una población definida y que estén dispuestas a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirven.
- Políticas públicas. Muchos de los determinantes más importantes de la salud están fuera del alcance del sector sanitario. Los países deben proseguir políticas públicas transversales e integradas que promuevan la prevención y promoción de la salud, y que garanticen la colaboración intersectorial a fin de abordar los determinantes sociales de la salud.
- Liderazgo. Los sistemas de salud no están avanzando por cuenta propia hacia una mayor justicia, eficiencia y eficacia, por lo que emprender un nuevo rumbo requiere de un liderazgo activo. Los gobiernos deben ejercer tal liderazgo al facilitar un diálogo participativo que convoque a todos los sectores, al formar las capacidades institucionales e individuales de liderazgo en relación con la formulación de políticas de salud, y al mejorar la recopilación de información sanitaria para fundamentar el debate de las políticas (OPS, 2007c).

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS).

2. Meta 5.B: Lograr, para el año 2015, el acceso universal a la salud reproductiva

Expertos y profesionales llamaron la atención sobre la grave omisión de una meta específica para abordar la salud sexual y reproductiva en los Objetivos de Desarrollo del Milenio y sobre la necesidad de superarla, dado que la mayoría de las metas de los Objetivos no podría cumplirse sin mejoras de la salud sexual y reproductiva de la población. Se trata de un aspecto fundamental del derecho a la salud de las mujeres, que se evidencia toda vez que diversos instrumentos internacionales han recogido esta dimensión entre sus exigencias.

En 2005, el documento final de la Cumbre Mundial superó parcialmente este vacío, al incluir la garantía del acceso universal a la salud reproductiva en 2015 como meta 5.B del quinto Objetivo sobre salud materna. Tanto esta meta como los indicadores para medirla —la cobertura de la atención prenatal, la natalidad entre los adolescentes, el uso de anticonceptivos y la necesidad insatisfecha en materia de planificación familiar— fueron identificados por el Grupo Interinstitucional y del Grupo de Expertos (GIE) sobre indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio como los más relevantes para la salud materna (OMS/UNFPA, 2008). Es por ello que los Estados deben permitir que la mujer ejerza control y decida libre y responsablemente en los temas relacionados con su sexualidad, en particular su salud sexual y reproductiva, libre de toda coacción, de falta de información, de discriminación y de violencia (ACNUDH/OMS, 2008).

Esta inclusión reafirma su importancia para promover el desarrollo sostenible y la erradicación de la pobreza en un marco de derechos humanos. La idea no era nueva: había sido el tema central de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), celebrada en El Cairo en 1994, que establecía el acceso a la salud reproductiva y la planificación familiar como un derecho humano básico. De hecho, las acciones incluidas en el Programa de Acción de la CIPD contemplaban que “mediante el sistema de atención primaria en salud, todos los países deben esforzarse porque la salud reproductiva esté al alcance de todas las personas de edad apropiada lo antes posible y a más tardar para el año 2015” (Naciones Unidas, 1994).

Es más, el Programa de Acción de la CIPD establece importantes principios relacionados con la salud sexual y reproductiva. En concreto, en su capítulo VII párrafo 7.3 establece que los derechos reproductivos son derechos humanos: “Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas y de cada persona a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre estos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos. En el ejercicio de este derecho, las parejas y las personas deben tener en cuenta las necesidades de sus hijos nacidos y futuros y sus obligaciones con la comunidad. La promoción del ejercicio responsable de esos derechos debe ser la base primordial de las políticas y programas estatales y comunitarios en la esfera de la salud reproductiva, incluida la planificación de la familia”.

Posteriormente a la CIPD, la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing en 1995, así como la Comisión de Derechos Humanos en su resolución 2003/286, y el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW), han reafirmado esta visión.

Uno de los indicadores incluidos en la nueva meta sobre el acceso universal a la salud reproductiva es la cobertura de la atención prenatal, medida por la proporción de nacimientos que han tenido al menos una visita posnatal y al menos cuatro visitas prenatales. La atención prenatal está en consonancia con el Programa de Acción de la CIPD, que no solo se refiere al acceso universal a la salud reproductiva como el acceso a la planificación familiar, sino también al “derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos” (Naciones Unidas, 1994).

En general, la cobertura de atención prenatal es alta en los países de América Latina y el Caribe (véase el cuadro VI.7). Sin embargo, coexiste con altos niveles de morbilidad y mortalidad materna e infantil. Un ejemplo es la República Dominicana, donde la cobertura casi universal de la atención prenatal (97,5%) contrasta con niveles relativamente altos de mortalidad infantil (28‰ y de mortalidad materna de 86,3 por 100.000, mostrando que el indicador debe ser analizado a la luz de su eficacia respecto de la salud maternoinfantil).

Cuadro VI.7
AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): COBERTURA DE ATENCIÓN PRENATAL
(INDICADOR 5.5 DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO)
(Distribución porcentual de consultas prenatales de mujeres)

País y año	Número de consultas prenatales			
	0	1	2 a 3	4 o más
Bolivia (Estado Plurinacional de), 2008	9,6	3,3	14,7	72,1
Colombia, 2005	6,4	1,4	7,7	83,1
Ecuador, 2004	15,8	3,0	14,3	66,5
El Salvador, 2002	14,0	0,7	6,6	78,6
Haití, 2005-2006	13,8	4,9	26,8	53,8
Honduras, 2005	8,0	2,0	9,0	80,8
Guatemala, 2002	15,7	2,6	15,3	65,9
Nicaragua, 2006	9,0	2,1	10,2	77,8
Paraguay, 2004	5,8	1,6	21,5	78,7
Perú, 2007-2008	2,5	1,0	4,8	91,6
República Dominicana, 2007	0,5	0,5	2,5	94,5

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de las encuestas de demografía y salud (EDS). Cifras obtenidas mediante procesamiento con STATcompiler [en línea] <http://www.statcompiler.com>, y de los informes finales de las encuestas del Estado Plurinacional de Bolivia (2008) y el Perú (2007-2008) [en línea] <http://www.measuredhs.com>.

En el marco de sus niveles de desarrollo económico de la región y del progreso en el resto de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, la fecundidad adolescente tiene niveles excesivos, que hacen de ella una característica peculiar. No muestra una tendencia sistemática a la baja como en otras regiones, no ha disminuido al ritmo de la fecundidad adulta y la mayoría de estos embarazos no son planeados. Su reducción desde 1990 hasta el presente ha sido muy pequeña y actualmente solo es superada en el África subsahariana (véase el cuadro VI.8, UNFPA, 2007).

Las adolescentes tienen más dificultades que las mujeres adultas para articular sus roles productivos y reproductivos y carecen de oportunidades adecuadas para ejercer sus derechos reproductivos. Además, el embarazo adolescente es a la vez causa y producto importante de las desigualdades socioeconómicas, étnicas, generacionales y de género. La mayoría de estas madres se encuentra en una situación de exclusión y marginación, y sus hijos o hijas tienen altas probabilidades de continuar inmersos en esta dinámica, perpetuando así la transmisión intergeneracional de la pobreza. Es importante destacar que la prevención de los embarazos no deseados por sí sola podría evitar aproximadamente una cuarta parte de las muertes maternas, incluidas las ocasionadas por abortos clandestinos (Naciones Unidas, 2007).

De allí que encararla sea una dimensión esencial de la salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe y uno de los principales desafíos para alcanzar la meta relativa al acceso universal a anticonceptivos.

Conscientes de este problema, los ministros de salud de las Américas, en el 49º Consejo Directivo de la OPS/OMS, en septiembre de 2009, aprobaron el Plan de Acción 1998-2001 sobre la salud y desarrollo del adolescente en las Américas, comprometiéndose a fortalecer los programas nacionales y los recursos adecuados para la ejecución de planes nacionales y acceso a servicios de salud de calidad y cobertura, con especial énfasis en salud sexual y reproductiva. El plan tiene como principales líneas de acción el fortalecimiento de la información estratégica y la innovación, el desarrollo de entornos favorables con políticas basadas en datos científicos, el fortalecimiento de los sistemas y servicios integrados e integrales, el aumento de la capacidad de los recursos humanos, el desarrollo de intervenciones en las familias y comunidades, las alianzas estratégicas y la colaboración con otros sectores.

Cuadro VI.8
**REGIONES DEL MUNDO: EVOLUCIÓN DE LA TASA DE FECUNDIDAD DE MUJERES
 DE 15 A 19 AÑOS (INDICADOR 5.4 DE LOS OBJETIVOS DE
 DESARROLLO DEL MILENIO), 1990-2006**
(Nacimientos por cada 1.000 mujeres)

Región	1990	2006	Cambio porcentual
Regiones desarrolladas	34,7	22,5	- 35,2
Regiones en desarrollo	66,5	53	- 20,3
África septentrional	42,9	28,1	- 34,5
África subsahariana	130,6	123,1	- 5,7
América Latina y el Caribe	77,4	71,8	- 7,2
Asia oriental	21,3	4,5	- 78,9
Asia meridional	90,1	52	- 42,3
Asia sudoriental	50,4	44,4	- 11,9
Asia occidental	63,6	50,2	- 21,1
Oceanía	82,3	61,2	- 25,6
Países de la Comunidad de Estados Independientes	52,1	28,4	- 45,5

Fuente: Naciones Unidas, Base de datos de los indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio [en línea] <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Default.aspx>.

Cuando se observa la proporción de madres jóvenes en relación con su nivel educativo, se puede deducir la brecha en información y acceso a los servicios de salud reproductiva existente entre los grupos (véanse el cuadro VI.9 y el recuadro VI.8). Es necesario reducir las desigualdades de acuerdo con los niveles de educación, lugar de residencia o condición étnico-racial, ya que estas barreras difieren el pleno ejercicio de los derechos y el acceso a oportunidades de desarrollo. Se evidencian las desventajas de las jóvenes de menor instrucción, cuyas posibilidades laborales futuras no solo están condicionadas por el insuficiente nivel educativo, sino por una mayor exposición a la maternidad (CELADE, 2010b).

En este sentido, el Comité sobre los Derechos del Niño, en su observación general número 4, expresó su preocupación sobre el hecho de que los matrimonios y embarazos precoces constituyan un importante factor en los problemas sanitarios relacionados con la salud sexual y reproductiva y recomendó a los Estados facilitar el acceso a los adolescentes a información relativa a estos temas, incluida la planificación familiar, los anticonceptivos, los peligros de un embarazo precoz, la prevención del VIH/SIDA y la prevención y el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual (ETS).

En algunos países, el uso de anticonceptivos por parte de mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años) aún es bajo, y las diferencias por nivel educativo y entre las áreas rurales y urbanas son notables (véase el cuadro VI.9). Pero todos los países con datos disponibles, excepto Guatemala y Haití, acortaron la brecha entre zonas urbanas y rurales. Seis de ellos alcanzarían la reducción del 50% (meta establecida por el Programa de Acción de la CIPD): el Brasil, el Ecuador, Honduras, Nicaragua, el Perú y la República Dominicana (CELADE, 2010b). Cerrar la brecha entre la demanda y la oferta de métodos anticonceptivos es un reto pendiente en la región, particularmente con relación al uso de anticonceptivos modernos.

Cuadro VI.9
AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD Y ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS QUE SON MADRES, POR NIVEL EDUCATIVO, ALREDEDOR DE 2005
(En porcentajes)

País	Nivel de educación	Tasa global de fecundidad	Adolescentes de 15 a 19 años que son madres
Bolivia (Estado Plurinacional de), 2008	Sin educación	6,1	...
	Primaria	4,7	31,9
	Secundaria	3,0	12,7
	Superior	1,9	4,3
	Total	3,5	17,9
Colombia, 2005	Sin educación	4,5	52,3
	Primaria	3,4	42,3
	Secundaria o más	2,1	16,3
	Total	2,4	20,5
Ecuador, 2004	Sin educación	5,9	42,9
	Primaria	4,1	34,1
	Secundaria o más	2,6	14,2
	Total	3,2	19,4
El Salvador, 2002	Sin educación	4,0	48,8
	Primaria	3,4	34,4
	Secundaria o más	2,2	14,5
	Total	2,8	21,6
Guatemala, 2002	Sin educación	6,4	36,4
	Primaria	4,7	24,2
	Secundaria o más	2,1	6,6
	Total	4,4	19,2
Haití, 2005-2006	Sin educación	5,9	30,0
	Primaria	4,3	16,6
	Secundaria o más	2,4	8,7
	Total	3,9	14,0
Honduras, 2005-2006	Sin educación	4,9	46,3
	Primaria	3,8	31,5
	Secundaria o más	2,2	10,5
	Total	3,3	21,5
Nicaragua, 2006	Sin educación	4,4	64,2
	Primaria	3,2	34,0
	Secundaria o más	2,0	16,3
	Total	2,7	25,2
Paraguay, 2004	Sin educación	4,3	34,6
	Primaria	4,0	26,2
	Secundaria o más	2,4	9,4
	Total	--	13,2
Perú, 2007-2008	Sin educación	4,3	57,9
	Primaria	3,7	32,6
	Secundaria	2,5	12,5
	Superior	1,7	4,8
	Total	2,5	10,7
República Dominicana, 2007	Sin educación	3,9	51,3
	Primaria	3,0	32,0
	Secundaria o más	2,2	14,7
	Total	2,4	20,6

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de las encuestas de demografía y salud (EDS). Cifras obtenidas mediante procesamiento con STATcompiler [en línea] <http://www.statcompiler.com> y de los informes finales de las encuestas del Estado Plurinacional de Bolivia (2008) y el Perú (2007-2008) [en línea] <http://www.measuredhs.com>.

Recuadro VI.8

LA EDUCACIÓN SEXUAL Y LA PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA A LAS Y LOS ADOLESCENTES Y JÓVENES

La brecha en la información y el acceso a los servicios se hace marcadamente evidente cuando se observan las cifras correspondientes a la proporción de madres jóvenes en relación con su nivel educativo: “Esta realidad muestra cómo el nivel educativo opera como factor relevante sobre la maternidad adolescente, a la vez que pone en evidencia la desventaja de las jóvenes de menor instrucción: sus futuras posibilidades laborales no solo están condicionadas por el insuficiente nivel educativo, sino por las vulnerabilidades a las que las expone la maternidad en edades tan jóvenes”. Además, existen evidencias de que la cantidad final de hijos de las muchachas indígenas es mayor que la de las demás: “Estas cuestiones estarían poniendo en evidencia el acceso desigual al derecho a la salud sexual y reproductiva, que obedece a diferentes causas estructurales: el nivel educativo de las jóvenes, la zona de residencia, que generalmente es rural, pero además, la falta de adecuación cultural de los servicios de salud, que dificultan el acceso de estas jóvenes a los servicios de planificación familiar” (CEPAL/UNFPA, 2009).

Es necesario reducir las desigualdades que se observan en la fecundidad de las adolescentes de acuerdo con su nivel de educación, su lugar de residencia (urbano o rural) o su condición étnico-racial, ya que se originan en brechas que imponen diferencias en el ejercicio de los derechos y en el acceso a oportunidades de desarrollo. Para eso debe ampliarse y mejorarse la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva a los adolescentes y jóvenes, incluida la educación sexual, los servicios adecuados a las necesidades de este grupo (desarrollados en diálogo con ellos) y el derecho a la privacidad y confidencialidad en su acceso y consulta. La incorporación de la educación en materia de sexualidad, tanto en el currículo de la educación formal como en la informal, es un aspecto en el que la región ha avanzado tímidamente. “A pesar de la importancia del tema, la realidad es que los países en general no tienen políticas concretas respecto a la educación sexual de los adolescentes por diferentes motivos, entre ellos, por limitaciones sociales o culturales” (CEPAL/UNFPA, 2009).

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, “América Latina: avances y desafíos de la implementación del Programa de Acción de El Cairo, con énfasis en el período 2004-2009”, *documentos de proyectos*, N° 311 (LC/W.311), Santiago de Chile, 2010.

La demanda insatisfecha de planificación familiar es el indicador sobre las restricciones al acceso universal a la salud reproductiva que está en sintonía con una visión de derechos humanos, por considerar las preferencias e intenciones reproductivas de las mujeres. De hecho, es difícil evaluar el uso de anticonceptivos como indicador del acceso a los servicios de salud reproductiva sin tener en cuenta la demanda insatisfecha para planificación familiar, porque el poco uso de anticonceptivos también puede revelar simplemente que no se tiene acceso a ellos.

La gran mayoría de los países de la región ha disminuido la proporción de demanda insatisfecha de planificación familiar. También están reduciendo la brecha entre los diferentes sectores sociales, tanto si tiene en cuenta la zona de residencia como el nivel de educación de las mujeres en unión. No obstante, dado su estrecha relación con el acceso a los anticonceptivos, las brechas sociales en materia de la demanda insatisfecha de planificación familiar siguen vigentes (véase el cuadro VI.11).

A cinco años del horizonte temporal establecido por los Objetivos de Desarrollo del Milenio, persiste en la región la brecha entre la demanda y la oferta de métodos anticonceptivos. Disminuirla es un reto pendiente, un desafío que forma parte de otro mayor: cerrar la brecha en el ejercicio de los derechos reproductivos y en el acceso a la salud sexual y reproductiva, en particular el acceso a los anticonceptivos modernos y a la educación sexual, la disminución de la fecundidad adolescente y de la mortalidad materna (CELADE, 2010b).

En ese sentido, cabe destacar la contribución del Plan de Acción sobre la Salud de los Adolescentes y Jóvenes en el ámbito de la educación sexual, pues por su intermedio, los países se han comprometido a la entrega de los conocimientos necesarios que permitan a los jóvenes tomar decisiones responsables e informadas sobre su vida sexual. En el contexto de la pandemia del VIH, el acceso a una educación sexual y a métodos de prevención de esta enfermedad se vuelve aún más imperativo.

Cuadro VI.10
AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POR MUJERES EN EDADES REPRODUCTIVAS Y EN UNIÓN, SEGÚN NIVEL EDUCATIVO (INDICADOR 5.3 DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO), ALREDEDOR DE 1990 Y ALREDEDOR DE 2005
(En porcentajes)

	Sin educación			Educación primaria			Educación secundaria y más			
	Cualquier método moderno	Condón	Esterilización femenina	Cualquier método moderno	Condón	Esterilización femenina	Cualquier método moderno	Condón	Esterilización femenina	
										Cualquier método moderno
Bolivia (Estado Plurinacional de), 2008	42,0	21,6	0,0	56,1	29,6	1,7	68,9	42,6	7,4	6,9
Bolivia (Estado Plurinacional de), 1989	11,6	2,4	0	26,3	9,1	0	49,4	23,8	1	6,7
Colombia, 2005	67,1	57,4	3,6	78,5	67,5	5	78,7	69,1	8,4	27,8
Colombia, 1990	52,6	44	0,6	63,3	51,8	2,2	70,7	58,9	3,9	17,2
República Dominicana, 2007	69,8	68	0,3	75,2	73,3	1,3	71,2	67,4	2,6	39,3
República Dominicana, 1991	41,5	37,8	0	55,2	52,3	0,2	61,4	53,7	3	30,9
Guatemala, 2002	24,7	18,3	0,4	45,6	37,0	2,1	67,7	54,7	5,9	23,0
Guatemala, 1987	9,8	8,6	0	29,5	24,3	1,6	60	46,2	4,9	20,3
Haití, 2005-2006	24,5	18,5	0,8	31,9	25,1	3,5	40,4	31,4	12,5	1,8
Haití, 1994-1995	11,3	8,4	0,6	19,7	15,2	2,5	34,2	23,2	9,3	1,7
Nicaragua, 2006	65,8	64,9	2,3	71,5	69,4	2,6	75,9	72	5,5	24,5
Nicaragua, 1997-1998	46,3	44,6	2,2	59,3	57,4	1,9	68,8	63,9	3,6	23,3
Paraguay, 2004	51	45,5	2,7	69	56,5	9,9	77,5	65,2	14,3	11,4
Perú, 2007-2008	65,6	37,0	1,4	70,3	41,9	4,4	74,0	53,3	13,4	9,3
Perú, 1986	19,1	7,6	0,2	39,3	17,1	0,4	63,3	35,7	1,3	6,1

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de las encuestas de demografía y salud (EDS). Cifras obtenidas mediante procesamiento con STATAcompiler [en línea] <http://www.statcompiler.com>, y de los informes finales de las encuestas del Estado Plurinacional de Bolivia (2008) y el Perú (2007-2008) [en línea] <http://www.measuredhs.com>.

Cuadro VI.11
**AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): MUJERES DE 15 A 49 AÑOS EN UNIONES CON DEMANDA
 INSATISFECHA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR, SEGÚN NIVEL EDUCATIVO
 (INDICADOR 5.6 DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO)**
(En porcentajes)

País y año	Demanda insatisfecha para espaciar el embarazo			Demanda insatisfecha para limitar el embarazo			Demanda insatisfecha total		
	Sin educación formal	Educación primaria	Educación secundaria o más	Sin educación formal	Educación primaria	Educación secundaria o más	Sin educación formal	Educación primaria	Educación secundaria o más
Bolivia (Estado Plurinacional de), 2008	2,8	6,1	7,2	25,1	17,8	7,2	27,8	24,0	14,5
Colombia, 2005	27,8	15,8	10,5	13,4	5,8	3,8	15,0	7,4	5,8
Haití, 2005-2006	71,7	63,3	45,3	58,4	50,1	44,8	61,1	55,9	45,1
Perú, 2007-2008	1,3	2,9	3,6	8,7	7,0	3,8	9,9	9,9	7,4
República Dominicana, 2007	31,3	38,7	26,2	13,1	6,7	7,0	15,0	12,8	14,0

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de las encuestas de demografía y salud (EDS). Cifras obtenidas mediante procesamiento con STATcompiler [en línea] <http://www.statcompiler.com>, y de los informes finales de las encuestas del Estado Plurinacional de Bolivia (2008) y el Perú (2007-2008) [en línea] <http://www.measuredhs.com>.

En conclusión, a pesar del panorama auspicioso en materia de derechos reproductivos y salud sexual y reproductiva, se enfrentan asignaturas pendientes, y en algunos casos incluso han ocurrido retrocesos. Aunque la mortalidad materna se redujo en el período 1997-2005, el virtual estancamiento del número absoluto de muertes maternas es motivo de preocupación y evidencia la necesidad de adoptar medidas adicionales. Muchas de ellas vulneran los derechos humanos de las mujeres, pues serían evitables con intervenciones que son bien conocidas y es inaceptable que las mujeres latinoamericanas y caribeñas pobres sigan arriesgando su vida y su salud al dar a luz. Por tanto, es necesario avanzar hacia un amplio consenso entre los gobiernos, los organismos del sistema de las Naciones Unidas y la sociedad civil. Otro asunto crucial que llama a la acción urgente es la salud reproductiva durante la adolescencia.

La mortalidad materna y la fecundidad adolescente de la región, incluso a la luz de los promedios regionales y nacionales, presentan valores mucho más altos de los que cabría esperar conforme a los niveles de fecundidad y mortalidad, y en el período examinado no registraron tendencias concluyentes a la baja. Ello en circunstancias de que estos promedios ocultan inequidades significativas entre y dentro de los países, por lo que para muchas personas el cumplimiento de las metas en materia de salud sexual y reproductiva aún es lejano que el horizonte que ellos arrojan.

Por su parte, las metas 5.A y 5.B de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que prescriben el acceso universal a la salud reproductiva para 2015 y abarcan dos de las tres metas cuantitativas del Programa de Acción de El Cairo, requieren todavía mucha promoción en la mayor parte de los países y fortalecer su sustento legal, institucional, sectorial y financiero. Ese es, precisamente, el principal desafío para los próximos años en esta materia. El seguimiento de los indicadores de la nueva meta 5.B tiene como sentido y fin último que todas las personas de la región ejerzan sus derechos reproductivos al tener acceso oportuno a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad.

Finalmente, es importante recordar que el compromiso con los derechos humanos implica que los Estados asuman ciertas obligaciones para garantizar su disfrute. En este sentido, los Estados —tras la ratificación de los instrumentos internacionales de derechos humanos— se comprometen a respetar, proteger y garantizar estos derechos.

Recuadro VI.9

**LA CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE LA POBLACIÓN Y EL DESARROLLO (CIPD)
Y LOS FLUJOS DE FINANCIAMIENTO DE SU PROGRAMA DE ACCIÓN**

La salud reproductiva y la dinámica poblacional son elementos clave que deben ser parte integral de las estrategias de reducción de la pobreza y de los planes de desarrollo. En la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) de 1994, la comunidad internacional acordó que serían necesarios 17.000 millones de dólares en 2000, 18.500 millones de dólares en 2005, 20.500 millones de dólares en 2010 y 21.700 millones de dólares en 2015 para financiar programas en el área de la dinámica de la población, la salud reproductiva —incluida la planificación familiar, la salud materna y la prevención de las infecciones de transmisión sexual—, así como para programas dirigidos a la recolección, el análisis y la difusión de datos sobre población. Dos tercios de esos montos serían movilizados por los países en desarrollo y el tercio restante —esto es, 5.700 millones de dólares en 2000, 6.100 millones de dólares en 2005, 6.800 millones de dólares en 2010 y 7.200 millones de dólares en 2015— provendría de la comunidad internacional.

Los objetivos financieros de la CIPD se fijaron hace 15 años y no alcanzan a cubrir las necesidades actuales, que han crecido notoriamente desde entonces. En aquellos momentos, la situación de la salud y la población en el mundo era muy diferente a la de hoy en día. En efecto, la pandemia del VIH/SIDA ha alcanzado proporciones que no habían sido anticipadas y la mortalidad materna e infantil continúan siendo inaceptablemente altas en muchas partes del mundo. Los costos del cuidado de la salud se han incrementado extraordinariamente y la ausencia de inversiones en el desarrollo y apoyo a los sistemas y programas de salud fue identificada como un factor ligado a la falta de progreso en las metas del Programa de Acción de la CIPD. El costo de la recolección de datos ha aumentado sustantivamente. Además, el valor del dólar actualmente es mucho menor del que tenía en 1993. Como resultado de todo ello, las metas asociadas al financiamiento fijadas originalmente en la CIPD son insuficientes para satisfacer las necesidades de los países en desarrollo.

Procurando reflejar con mayor precisión y conciliar las actuales necesidades de recursos financieros para el logro de las metas del Programa de Acción y los Objetivos de Desarrollo del Milenio, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) ha tomado a su cargo la tarea de rever las estimaciones para los cuatro componentes costeados de la Conferencia de El Cairo. Estas estimaciones revisadas son mucho mayores que las metas originales establecidas en 1994, debido a que tienen en cuenta tanto las necesidades como los costos actuales, y están contenidas en un informe del Secretario General presentado a la Comisión de Población y Desarrollo en marzo de 2009 (véase el cuadro).

**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: ESTIMACIÓN REVISADA DE LOS COSTOS ESTABLECIDOS EN LA
CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE LA POBLACIÓN Y EL DESARROLLO, 2009-2015**

(En millones de dólares)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Salud sexual y reproductiva/ planificación familiar	3 132	3 401	3 627	3 837	3 922	4 119	4 347
Planificación familiar/costos directos	310	343	378	414	452	492	518
Salud materna/costos directos	958	1 182	1 431	1 706	2 009	2 340	2 680
Programas y sistemas/costos vinculados	1 864	1 876	1 818	1 717	1 461	1 286	1 150
VIH/SIDA	3 072	3 461	3 562	3 630	3 703	3 770	3 867
Investigación básica/datos/análisis de políticas	162	729	250	309	74	78	106
Total	6 366	7 591	7 439	7 775	7 699	7 966	8 320

Fuente: Naciones Unidas, *Corriente de recursos financieros destinados a contribuir a la ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Informe del Secretario General (E/CN.9/2009/5)*, 2009; Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), *Revised Cost Estimates for the Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development: A Methodological Report*, 2009, en prensa.

Recuadro VI.9 (conclusión)

Cooperación internacional para las actividades de población en América Latina y el Caribe

La región ha recibido casi 395 millones de dólares en cooperación para las actividades de población durante 2007. De este monto, un 39% fue canalizado a través de programas bilaterales, un 34% mediante organismos multilaterales y un 27% tuvo como destino organizaciones no gubernamentales de carácter internacional. Un total de 32 países de América Latina y el Caribe se beneficiaron de esta ayuda internacional. Haití recibió la cooperación más importante, de 116,9 millones de dólares, seguido por Nicaragua con 36,7 millones y el Perú con 24,5 millones. Un total de 43,5 millones de dólares se destinó a programas regionales.

Inversión nacional para las actividades de población en la región y balance

A nivel nacional, se estima que en 2007 los países de América Latina y el Caribe han destinado más de 2.550 millones de dólares a actividades de población. De esta cantidad de recursos, el 63% provino de los gobiernos, el 32% del gasto de bolsillo y el 5% de organizaciones no gubernamentales de carácter nacional. En total, se invirtieron en la región 2.945 millones de dólares en 2007 entre recursos nacionales y asistencia internacional, un valor alejado de los 6.366 millones de dólares que se requieren en 2009 para lograr los compromisos básicos de la CIPD, según las estimaciones actualizadas por el UNFPA y presentadas por el Secretario General a la Comisión sobre Población y Desarrollo en 2009. Quince años han pasado desde que se fijaron las metas acordadas en la CIPD y los recursos movilizados no son suficientes para cubrir las actuales necesidades y costos, que han crecido extraordinariamente desde el momento en que se establecieron. Las metas y los objetivos del Programa de Acción no se han alcanzado completamente y, si bien el progreso ha sido importante, la comunidad internacional tampoco está encaminada hacia el logro de todos los compromisos asumidos en los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Para llegar a los requerimientos actuales, tanto la asignación local como internacional de recursos para las actividades de población deben incrementarse desde los actuales niveles, en línea con los costos estimados mediante la revisión de cada uno de los cuatro componentes del programa. Dada la crisis económica global contemporánea, es importante que tanto los donantes como los países en desarrollo movilicen suficientes recursos, para poder implementar plenamente la agenda de la CIPD y los objetivos derivados de la Declaración del Milenio.

Fuente: Naciones Unidas, *Corriente de recursos financieros destinados a contribuir a la ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Informe del Secretario General (E/CN.9/2009/5)*, 2009; Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), *Revised Cost Estimates for the Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development: A Methodological Report*, 2009, en prensa; Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), “Latin America and the Caribbean: Financial Resource Flows and Revised Cost Estimates for Population Activities, 2009”, *Entre los progresos y las asignaturas pendientes: 15 años del Programa de Acción de El Cairo en América Latina y el Caribe, con énfasis en el período 2004-2009*, documentos de proyectos, N° 317 (LC/W.317), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2010.

La obligación de respetar implica el reconocimiento en el marco legal de los derechos reproductivos, el no dificultar su acceso y no privar arbitrariamente a las personas de su disfrute, sobre la base de usos y costumbres o creencias religiosas.

La obligación de proteger implica la promulgación e implementación de leyes que garanticen el ejercicio de derechos reproductivos, prestando especial atención a los más vulnerables, como las comunidades indígenas, los menores y las personas con discapacidad. Esta obligación también comprende la necesidad de velar para que los agentes no estatales no comprometan el disfrute de estos derechos.

Por último, el deber de cumplir o garantizar conlleva la obligación de los Estados de adoptar las medidas legislativas, administrativas, presupuestarias, judiciales necesarias para garantizar la realización de tales derechos.

C. SEXTO OBJETIVO: COMBATIR EL VIH/SIDA, EL PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES

1. Introducción

Aunque existen experiencias y resultados alentadores en América Latina y el Caribe que apuntan hacia la posibilidad de detener y revertir la epidemia del VIH en algunos países de la región, existen también retos significativos en los cuales será necesario enfocar la respuesta para alcanzar el sexto Objetivo en relación con el VIH.

En este período posterior a la crisis financiera se podrían agudizar las inequidades sociales, exacerbando factores de vulnerabilidad, por lo cual será necesario redoblar los esfuerzos para mantener el compromiso político, económico y social para lograr el acceso universal a la prevención, el tratamiento, los cuidados y el apoyo en relación con el VIH y así detener y revertir la epidemia.

En el contexto de epidemias concentradas en poblaciones clave¹⁰, incluidos hombres que tienen sexo con hombres¹¹ (HSH), trabajadores sexuales (TS) y sus clientes, y usuarios de drogas inyectables (UDI), que se encuentran en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, el principal reto será aumentar a escala y enfocar esfuerzos hacia la prevención en estos grupos más afectados por la epidemia en la región. Las intervenciones en prevención deberán diseñarse sobre la base de evidencia, con la plena participación de las poblaciones clave, combinando elementos biomédicos, de comportamiento y estructurales, con enfoque de derechos humanos y género. Las intervenciones deberán también abarcar a las mujeres, los jóvenes y las poblaciones indígenas, grupos de alta vulnerabilidad social en los cuales se reporta un incremento en la transmisión del virus.

Superar las inequidades en el acceso a los servicios de prevención, tratamiento y apoyo, empezando con el acceso a la prueba del VIH y la eliminación del estigma y la discriminación sobre la base de la diversidad sexual y el estado serológico, es otro reto que es crucial enfrentar.

La respuesta al VIH debe combinarse con esfuerzos para lograr resultados más amplios de salud. Los programas y servicios de VIH deben integrarse a los servicios y programas de salud sexual y reproductiva, salud maternoinfantil y tuberculosis, contribuyendo al fortalecimiento de los sistemas de salud y logrando así la sostenibilidad de la respuesta.

Será decisivo brindar una educación sexual de calidad, oportuna y basada en derechos a todos los jóvenes de la región para reducir la transmisión del VIH.

Asimismo, para optimizar los resultados de la respuesta al VIH, la brecha en la generación y el uso de información estratégica debe ser superada.

A pesar de las sinergias naturales entre la respuesta al VIH y los otros Objetivos de Desarrollo del Milenio, no ha habido suficiente enfoque en maximizar estas dinámicas que se apoyan mutuamente. Este es el momento para dar pasos estratégicos para trabajar con todos los socios a fin de generar sinergias que producirán resultados concretos a través de una agenda integral de desarrollo.

¹⁰ Poblaciones clave de mayor riesgo o "población con mayor riesgo de exposición al VIH" : clave tanto para la dinámica de la epidemia como para la respuesta a la epidemia; poblaciones más expuestas. Orientaciones terminológicas del ONUSIDA (2007).

¹¹ Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres: este término es útil ya que no solo incluye a los hombres que se autodefinen como gay u homosexuales y que tienen relaciones sexuales solamente con hombres, sino también a hombres bisexuales y heterosexuales que pueden tener relaciones sexuales ocasionales con hombres. Orientaciones terminológicas del ONUSIDA (2007).

La relación entre el VIH y los otros Objetivos de Desarrollo del Milenio es biunívoca: la detención y reducción del VIH/SIDA depende estrechamente del cumplimiento de otras metas, incluida la de reducción de la pobreza y del hambre, del acceso a la educación, a igualdad de género y salud materna, especialmente el acceso universal a la salud sexual y reproductiva. Las desigualdades socioeconómicas y de género, la violencia, las brechas en el ejercicio de los derechos humanos, la falta de protección social y judicial, el bajo nivel educativo y el acceso inequitativo a servicios de salud crean situaciones de vulnerabilidad que promueven o exacerbaban comportamientos de riesgo que a su vez aumentan las posibilidades de contraer el VIH. Por esto y por la capacidad de la respuesta al VIH de contribuir al desarrollo integral de los países hacia el logro de las demás metas del milenio, es que este Objetivo requiere especial atención.

En este capítulo se examinarán los indicadores relativos al sexto Objetivo y el VIH en América Latina y el Caribe, se identificarán retos aún existentes para poder lograr las metas establecidas y se ofrecerán recomendaciones para la definición de políticas y programas efectivos para guiar acciones hacia estas metas.

Este informe se presenta en el año de la meta del acceso universal a tratamiento, prevención, atención y apoyo en VIH/SIDA, al que Jefes de Estado y representantes de gobiernos se comprometieron en 2006. El movimiento hacia el acceso universal ha sido guiado por metas ambiciosas establecidas en la mayoría de los países contra resultados claves y ha convocado a un compromiso global para incrementar el acceso a intervenciones efectivas relacionadas al VIH. Las interacciones entre socios, incluidos gobiernos, sociedad civil, asociaciones de personas viviendo con el VIH, sector académico y cooperación internacional, entre otros, han sido fortalecidas en este proceso y han planteado un enfoque multisectorial en la respuesta al VIH, más allá del sector salud. El año 2010 y el movimiento hacia el acceso universal ofrecen un punto intermedio de reflexión y análisis de progresos y desafíos hacia el sexto Objetivo de Desarrollo del Milenio para 2015.

2. Meta 6.A: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA

a) Indicador 6.1: Prevalencia del VIH entre las personas de 15 a 24 años

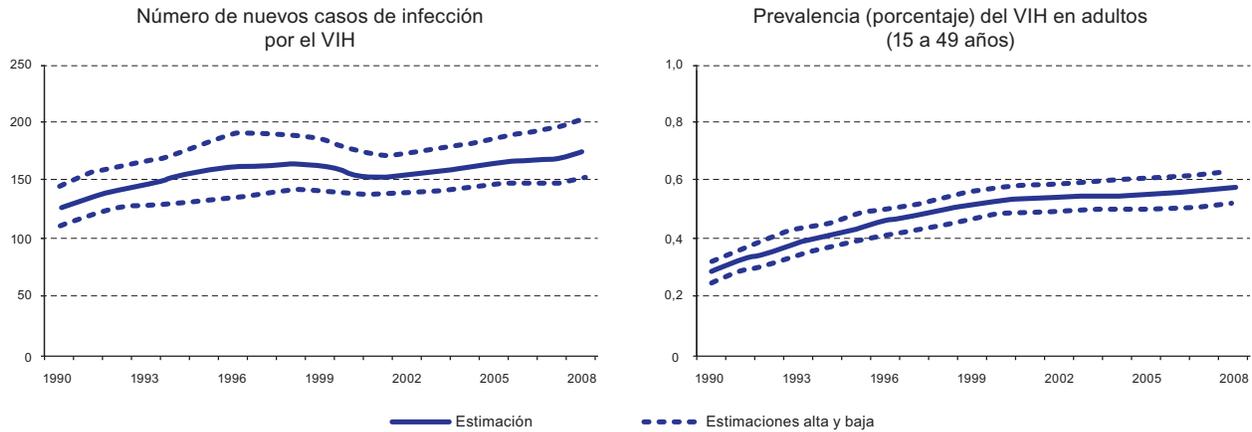
Los datos en América Latina y el Caribe sobre este indicador son limitados, de modo que, para poder analizar la situación regional, en esta sección se presentarán y analizarán primero datos referentes a la prevalencia del VIH en la población de 15 a 49 años en América Latina y el Caribe y luego en poblaciones claves.

i) Prevalencia del VIH en la población general de 15 a 49 años en América Latina

La prevalencia regional del VIH en la población adulta (de 15 a 49 años) se estimó en un 0,6% (ONUSIDA/OMS, 2009) en 2008. La epidemia se caracteriza principalmente por concentrarse en poblaciones clave, incluidos hombres que tienen sexo con hombres, trabajadores sexuales y usuarios de drogas inyectables. En el gráfico VI.13 se muestra una tendencia creciente en el número de nuevas infecciones y una propensión a la estabilización de la prevalencia en la población adulta.

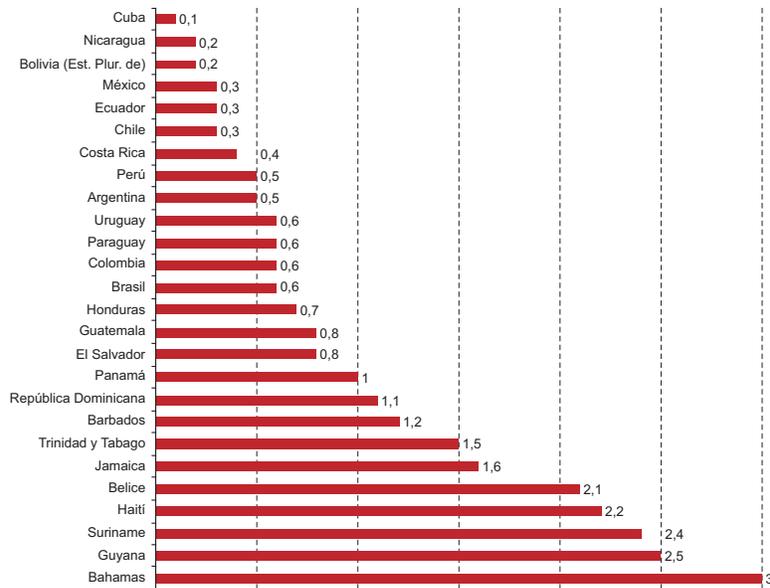
En 2001, el total estimado de nuevas infecciones por el VIH fue de 150.000. En 2008 se registró un total de 170.000 nuevas infecciones, lo que llevó el número de personas que viven con VIH a un estimado de dos millones. En 2001, el estimado de nuevas infecciones por el VIH en niños fue de 6.200 y en 2008 se registraron 6.900 nuevas infecciones en niños. La epidemia aún no se ha detenido ni tampoco revertido. Al contrario, el riesgo de una mayor expansión de la infección, incluso entre mujeres, jóvenes e indígenas, está presente, como se describirá a continuación.

Gráfico VI.13
AMÉRICA LATINA: ESTIMACIONES DE LA INCIDENCIA Y PREVALENCIA DEL VIH, 1990-2008
 (En número de casos y en porcentajes)



Fuente: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA)/Organización Mundial de la Salud (OMS), *Situación de la epidemia de SIDA*, diciembre de 2009.

Gráfico VI.14
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): PROPORCIÓN DE ADULTOS DE 15 A 49 AÑOS CON VIH/SIDA, 2007
 (En porcentajes)



Fuente: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA)/Organización Mundial de la Salud (OMS), *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA*, 2008.

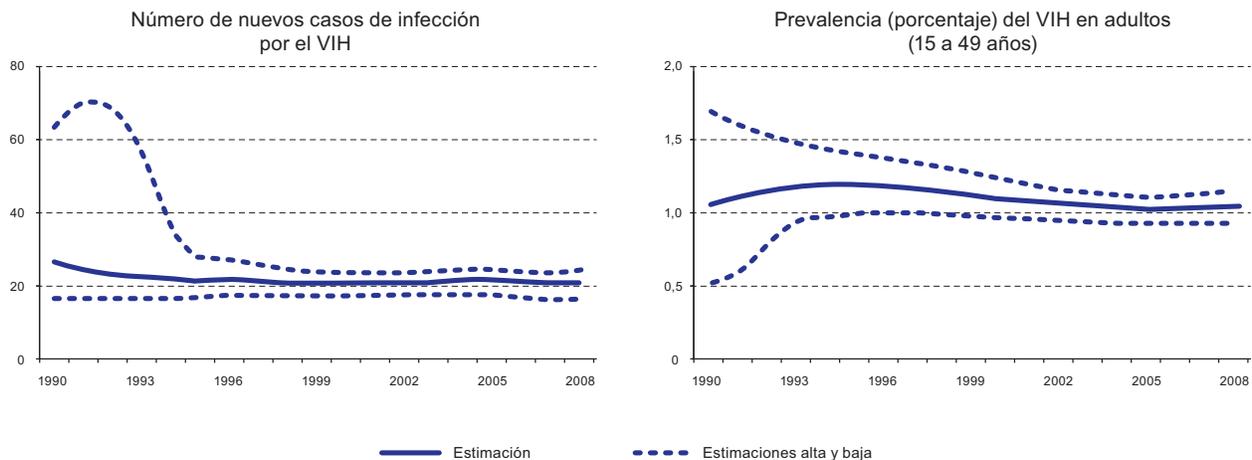
ii) *Prevalencia del VIH en población general de 15 a 49 años en el Caribe*

La epidemia del VIH en el Caribe parece haberse estabilizado, con un número decreciente de nuevas infecciones. En 2001, el total estimado de nuevas infecciones por el VIH fue de 21.000. En 2008, se registraron un

total de 20.000 nuevas infecciones, lo que llevó el número de personas viviendo con VIH a aproximadamente 240.000. Alrededor de tres cuartos de ellas viven en Haití y la República Dominicana. En 2001, el estimado de nuevas infecciones por el VIH en niños fue de 2.800, mientras que en 2008 se registraron 2.300 nuevas infecciones en niños. Cuba y Suriname son los dos únicos países del Caribe que, a pesar de tener prevalencias bajas, tienen epidemias en crecimiento.

Aunque en términos absolutos la epidemia en el Caribe parece menor, después de África subsahariana, el Caribe ha sido la región más afectada por el VIH y ocupa el segundo lugar entre las prevalencias del VIH más altas en adultos (cerca del 1%). Es más, en el Caribe, el SIDA es una de las principales causas de muerte entre adultos de 15 a 44 años. El Caribe presenta una mezcla de epidemias generalizadas¹² y concentradas¹³ con prevalencias de hasta el 3% en las Bahamas. La transmisión es principalmente heterosexual, muchas veces ligada al comercio sexual y con un componente de HSH.

Gráfico VI.15
EL CARIBE: ESTIMACIONES DE LA INCIDENCIA Y PREVALENCIA DEL VIH, 1990-2008
(En números de casos y porcentajes)



Fuente: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA)/Organización Mundial de la Salud (OMS), *Situación de la epidemia de SIDA*, diciembre de 2009.

En algunos países del Caribe la prevalencia es especialmente elevada entre mujeres jóvenes de 15 a 19 años, que presentan de tres a seis veces mayor riesgo de tener el VIH que los hombres jóvenes (CEPAL, 2010).

Sin embargo hay evidencia de que en Haití y la República Dominicana, por ejemplo, la incidencia del VIH entre jóvenes ha disminuido gracias a las intervenciones que promovieron la reducción del número de parejas y el uso de condones (ONUSIDA/OMS, 2009). En la República Dominicana, el descenso en la prevalencia del VIH en la población joven (del 0,6 % en 2002 al 0,3% en 2007) fue documentado a través de encuestas de seroprevalencia. Estos logros ilustran el potencial de medidas preventivas integrales, con elementos de prevención biomédica, cambios de comportamiento y estructurales, desarrolladas sobre la base de evidencia, para controlar y revertir la epidemia.

¹² En una epidemia generalizada, el VIH está firmemente establecido en la población general. Aunque las subpoblaciones con alto riesgo pueden contribuir desproporcionadamente a la difusión del VIH, las redes sexuales en la población general son suficientes para sostener una epidemia independiente de las subpoblaciones con mayor riesgo de infectarse.

¹³ En una epidemia concentrada, el VIH se ha difundido sustancialmente en una o más subpoblaciones, pero no está bien establecido en la población general. Este estado de la epidemia sugiere redes de riesgo activas entre estas subpoblaciones. El curso futuro de la epidemia está determinado por la frecuencia y forma de los enlaces entre subpoblaciones con altos niveles de infección y la población general.

iii) *Prevalencia del VIH en poblaciones clave en América Latina y el Caribe*

Diversas encuestas han mostrado prevalencias de VIH entre HSH desde el 7,9% en El Salvador hasta el 25,6% en México, con prevalencias mayores al 5% en la mayoría de las ciudades más grandes de la región. En Honduras, por ejemplo, se notifica que la prevalencia en VIH en HSH menores de 25 años es del 4% comparada con la tasa en HSH mayores de 25 años, que asciende al 11,9% (Secretaría de Salud de Honduras, 2006). La prevalencia en personas transgénero en la Argentina se estima en un 27,6%, un valor muy preocupante. Esta información rara vez está disponible en los países. En Jamaica, hasta un 31% de infecciones en VIH son en HSH, mientras que en Trinidad y Tabago llegan al 20,4% (ONUSIDA/OMS, 2009).

Las prevalencias en mujeres y hombres trabajadores sexuales (TS) varían significativamente de un país a otro. En la Argentina, la prevalencia de VIH reportada en TS mujeres es del 1,8%, mientras que en TS hombres sube al 22,8%. Las prevalencias de VIH en TS mujeres pueden ser bajas, como en Nicaragua (0,2%) o altas como en Honduras (9,6%) o en Guyana (27%) (ONUSIDA/OMS, 2009, págs. 55 y 61). Honduras reporta una prevalencia de VIH en trabajadores sexuales menores de 25 años del 1% y en mayores de 25 años del 3,1% (Secretaría de Salud de Honduras, 2006).

Recuadro VI.10
CONSECUENCIAS DEL TERREMOTO SOBRE EL VIH EN HAITÍ

En Haití, el país más pobre de la región, se alcanzaron logros importantes en la última década que contribuyeron a la reducción progresiva de la prevalencia del VIH del 6,1% en 1993 al 2,2% en 2006. Los esfuerzos en materia de prevención resultaron en el aumento de los conocimientos respecto del VIH y del uso del condón. El acceso a consejería, pruebas de VIH y tratamiento antirretroviral se extendió a todo el país. De 2005 a 2009, el número de sitios de consejería y pruebas pasó de 79 a 148 y el número de sitios de distribución de antirretrovirales aumentó de 24 a 50, lográndose ofrecer tratamiento al 57% de las personas que viven con VIH que lo necesitaban en 2009.

Los tres departamentos más afectados por el terremoto de enero de 2010 concentraban el 60% de todas las personas que viven con VIH en tratamiento. Un número significativo de personas que viven con VIH se encontraron más desamparadas que nunca, muchas perdieron sus casas y están dispersas en el país. Se estima que el número de huérfanos y niños vulnerables por el SIDA aumentó.

La vulnerabilidad de las personas que viven con VIH y de sus familias aumentó tremendamente frente a la dificultad de nutrirse, a la vida en campamentos poco salubres o en la calle, a la falta de empleo o a la dificultad de acceder a servicios y medicación. Cabe destacar que 50 hospitales y centros de salud fueron destruidos, así como la mayor parte de los ministerios.

El Programa Nacional de VIH considera que todos los avances logrados hasta la fecha están en peligro de perderse debido a las situaciones de riesgo en que vive gran parte de la población desplazada en campamentos temporales, donde la violencia y, más específicamente, la violencia de género, es cotidiana y expone a mujeres y niños y niñas a la transmisión de ITS y VIH. La coordinación, los servicios y los bancos de datos del Programa Nacional se perdieron. Las asociaciones de personas que viven con VIH perdieron miembros y sus infraestructuras. No obstante, el Programa Nacional y sus asociados están trabajando incansablemente para reestablecer los servicios de prevención, tratamiento y apoyo. Además del Plan Nacional Multisectorial 2008-2012, se ha desarrollado un plan de acción provisional para después del terremoto. La respuesta en los próximos 18 meses se enfocará en fortalecer la prevención del VIH.

Aún es temprano para decir cuales serán las consecuencias del terremoto sobre el perfil de la epidemia y el logro del sexto Objetivo en Haití y la República Dominicana. Cabe recalcar que estos países concentran más del 70% de las infecciones de VIH estimadas en los países localizados en el mar Caribe.

Fuente: Gobierno de Haití, "Haiti Earthquake PDNA: assessment of damage, losses, general and sectoral needs", 2010; y "Plan intérimaire VIH SIDA suite au séisme du 12 janvier 2010. Addendum au PSNM 2008-2012", marzo de 2010.

Las prevalencias en usuarios de drogas inyectables varían del 9,1% en el Paraguay al 6,7% en México (ONUSIDA/OMS, 2008, pág. 233). En la Argentina se midió también la prevalencia en usuarios de drogas no inyectables que se estima en un 5,3%. En la República Dominicana la prevalencia en usuarios de drogas no inyectables es del 8% (República Dominicana, Secretaría de Salud, 2008).

Estos datos indican una carga de enfermedad alta en poblaciones clave, tanto joven como adulta.

iv) *¿Cómo han cambiado estas cifras en la última década y qué dicen sobre la probabilidad de lograr el sexto Objetivo de Desarrollo del Milenio en relación con el VIH?*

Por el elevado porcentaje de afectados y el rechazo institucional y social que sufren, los HSH, los usuarios de drogas inyectables, los TS y sus clientes y las personas transgénero siguen siendo las poblaciones más afectadas por la epidemia del VIH en América Latina y el Caribe.

La proporción de la infección en hombres con relación a mujeres ha disminuido drásticamente desde la década de 1980. Se ha informado un aumento de las infecciones en mujeres, especialmente entre mujeres en condiciones socioeconómicas precarias o en otras condiciones de vulnerabilidad, sin que haya descendido el número de infecciones en hombres. La proporción de mujeres entre las personas con VIH en América Latina y el Caribe se ha estabilizado en aproximadamente el 34% de la población total con VIH en América Latina y el 48% en el Caribe (ONUSIDA/OPS/UNICEF, 2009).

Por ejemplo, en la República Dominicana, los datos de las encuestas demográficas y de salud de 2007 indican que la prevalencia de VIH en las mujeres sin educación formal es del 3,7%, un porcentaje mucho mayor que el encontrado en mujeres de la población general en la cual se estima una prevalencia de VIH del 0,8% (República Dominicana, 2007).

Varios nuevos estudios registran también un mayor número de casos en poblaciones indígenas y jóvenes en circunstancias difíciles (adolescentes que viven en la calle y jóvenes fuera del sistema de educación formal) (ONUSIDA/OPS/UNICEF, 2009).

En Honduras, por ejemplo, se evaluó la prevalencia en la población garífuna (grupo étnico afrodescendiente del área del Caribe de Honduras) y se encontró una prevalencia del 2,6% y el 2,7% en hombres y mujeres menores de 25 años, respectivamente, y del 5,4% y el 5,2% (Secretaría de Salud de Honduras, 2006) en hombres y mujeres mayores de 25 años, respectivamente.

Cabe destacar que los indígenas y afrodescendientes representan el 40% de la población de la región y, a pesar del reconocimiento de su alta vulnerabilidad al VIH, existe poca información estratégica sobre ellos. Se considera que son muy vulnerables al VIH por los niveles de pobreza, analfabetismo, movimientos migratorios y prácticas culturales que les caracterizan (Naciones Unidas, 2005; CEPAL, 2006b; Winkler y Cueto, 2004), así como por el descuido institucional que frecuentemente sufren. Las prácticas culturales de riesgo incluyen la iniciación sexual temprana, la poligamia y el uso escaso del condón (Magis y otros, 2006; Zavaleta y otros, 2007). Diversas barreras culturales (estigma y discriminación, vergüenza, miedo) impiden su acceso a servicios e información (Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación de Argentina, 2005). Algunas comunidades se han visto afectadas por el tráfico de drogas que ha llevado a sus pueblos la violencia, el uso de drogas y el trabajo sexual (Traa-Valarezo, 2004). Con este cuadro se considera indispensable empezar a investigar, monitorear y evaluar sistemáticamente la epidemia en poblaciones indígenas y minoridades étnicas con el fin de conocer mejor el alcance de la epidemia y de desarrollar intervenciones efectivas culturalmente adaptadas, junto con las comunidades afectadas para que la epidemia no se continúe expandiendo y se reduzca su impacto.

Las mismas recomendaciones se hacen en relación a jóvenes en situaciones de mayor vulnerabilidad y riesgo. En epidemias generalizadas e hiperendémicas los expertos recomiendan que los programas de VIH se dirijan a todos los jóvenes, pero en otros escenarios los programas deben focalizar sus intervenciones en jóvenes vulnerables y en situación de mayor riesgo.

En América Latina y el Caribe son numerosos los jóvenes en situación de vulnerabilidad por la pobreza, la marginalización geográfica y social o por situación de desplazamiento. Por ejemplo, se calculó que en Iberoamérica, en 2006, aproximadamente un 35%, cerca de 47,5 millones, de los jóvenes de entre 15 y 29 años estaban afectados por la pobreza y un 11,4% vivían en situación de indigencia. Entre las jóvenes la pobreza es mayor al 37%, mientras que en los jóvenes es de aproximadamente el 33,5% (CEPAL/OIJ, 2008).

Recuadro VI.11
HOMBRES Y MUJERES JÓVENES VULNERABLES AL VIH

Los hombres y las mujeres jóvenes vulnerables al VIH incluyen a aquellos que:

- Son pares de jóvenes en situación de mayor riesgo.
- Tienen padres o hermanos que usan drogas inyectables o venden o intercambian sexo.
- Viven sin cuidado de los padres (en las calles o en instituciones de detención) o viven con parientes o tutores mayores o en familias desestructuradas.
- Abandonaron la escuela o poseen un acceso limitado a la información y educación.
- Utilizan sustancias (alcohol u otras drogas) que pueden alterar la capacidad de juicio.
- Poseen un acceso limitado a servicios sociales y de salud debido a la falta de documentos de identidad.
- Viven en situaciones de pobreza extrema o se encuentran desempleados.
- Fueron desplazados por motivos de guerra (interna o externa) o emigraron entre áreas rurales y urbanas o fuera de su país de origen en busca de empleo (debido al trabajo forzado o a la explotación sexual).
- Viven en áreas de alta prevalencia de infección por el VIH.
- Son excluidos socialmente (por ejemplo, miembros de minorías nacionales).

“Jóvenes en situación de mayor riesgo” se refiere a los jóvenes:

- Hombres y mujeres que usan drogas inyectables con material inyectable no esterilizado.
- Hombres que tienen sexo anal sin protección con otros hombres.
- Mujeres y hombres que trabajan en la industria del sexo, incluidos los que son víctimas del tráfico para fines de explotación sexual y que ofrecen sexo por dinero sin protección (a menudo por explotación).
- Hombres que tienen sexo sin protección con trabajadores o trabajadoras sexuales.

Fuente: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), “Panorama general de intervenciones sobre el VIH y los jóvenes. Breves guías globales”, Equipo de Trabajo Interinstitucional, 2008 [en línea] <http://www.unfpa.org/hiv/iatt>.

Para entender los patrones de transmisión y proponer intervenciones más efectivas, los expertos han estado estudiando la transmisión del VIH en poblaciones clave (ONUSIDA/OPS/UNICEF, 2009). En estos estudios se identificaron experiencias exitosas y retos que se examinan a continuación.

v) *Hombres que tienen sexo con hombres (HSH)*

El análisis de los datos disponibles revela que las relaciones sexuales entre hombres en América Latina son comunes (del 3% al 20% de práctica sexual con otro hombre notificado durante el curso de la vida). Existe información que indica que los HSH con frecuencia tienen relaciones sexuales con mujeres o están unidos con mujeres. Según el país, entre el 32% y el 78% de los HSH informan haber tenido relaciones sexuales con mujeres alguna vez y entre el 1,7% y el 41%, según el país, informan estar casados con mujeres (ONUSIDA/OPS/UNICEF, 2009).

En estudios de seroprevalencia en HSH en cinco países de Centroamérica se encontraron tasas de nuevas infecciones por el VIH extremadamente altas (incidencia de 5,1 infecciones por 100 personas por año). Otros estudios dan cuenta de que las infecciones de transmisión sexual son muy frecuentes en HSH, facilitando la transmisión del VIH (ONUSIDA/OMS, 2009, pág. 60).

Estos datos identifican la necesidad de establecer programas de prevención para HSH que a menudo no se autoidentifican como parte de un grupo no heterosexual, en respuesta a las brechas en las intervenciones de prevención con HSH, y sugieren la posibilidad de una mayor expansión de la infección por transmisión heterosexual. Un estudio sobre modos de transmisión en el Perú en 2009 encontró que los HSH constituyen el 55% de la incidencia del VIH en el país. Sin embargo, el estudio estima que las parejas sexuales femeninas de HSH representan el 6% de las nuevas infecciones y que diversas formas de transmisión heterosexual conforman ahora el 43% de las nuevas infecciones por el VIH, de las cuales el 16% provienen de relaciones sexuales de “bajo riesgo” (ONUSIDA/OMS, 2009).

vi) *Usuarios de drogas inyectables (UDI)*

En 1992, el 26,3% de los casos informados de SIDA en América Latina y el Caribe se atribuyeron al uso de drogas inyectables. Desde entonces, como resultado de los programas de reducción de daños, se ha observado una tendencia decreciente en la transmisión del VIH por esta vía, hasta llegar a representar el 4,2% de los casos notificados de SIDA en 2007. Se estima, sin embargo, que a pesar del descenso del porcentaje de casos debido al uso de drogas inyectables, el 29% de los aproximadamente dos millones de usuarios de drogas inyectables en América Latina y el Caribe están viviendo con el VIH. Se estima que el mayor número de usuarios de drogas inyectables se encuentra en el Cono Sur, México y Puerto Rico.

Aunque existe abundante evidencia internacional que identifica a los UDI como una población puente para la transmisión del VIH al resto de la población, en América Latina y el Caribe aún son pocos los estudios sobre las parejas sexuales e hijos de UDI. En el Uruguay existe evidencia de que un número significativo de mujeres se infecta a partir del contacto sexual con sus parejas UDI y se ha podido demostrar que en el Cono Sur la entrada del VIH en las redes de UDI ha favorecido la transmisión heterosexual en poblaciones de bajos ingresos.

Un aspecto poco visibilizado hasta el momento es el papel del uso de drogas no inyectables en la transmisión del VIH, el cual ha sido descrito en varios estudios en diferentes ciudades de América Latina. La transmisión del VIH en usuarios de drogas no inyectables (alcohol y pasta de cocaína, entre otras) se da por relaciones sexuales desprotegidas. Este fenómeno debe ser considerado en las nuevas respuestas al VIH, ya que representa un riesgo sustancial frente al consumo importante de estas sustancias en toda la región.

vii) *Trabajadores sexuales (TS)*

Las tasas de VIH en mujeres y hombres TS varían considerablemente, siendo los TS hombres los de mayor carga de enfermedad. Se está informando sobre la superposición del uso de drogas inyectables y no inyectables con el trabajo sexual en la región, lo que aumenta el riesgo de contraer el VIH (ONUSIDA/OMS, 2009).

Entre los países localizados en el mar Caribe, la prevalencia del VIH ha disminuido en la República Dominicana. Se ha registrado igualmente una reducción en la incidencia del VIH en TS en Chile y Guatemala. Estos datos alentadores ilustran el potencial de intervenciones de prevención con TS.

En la región se han documentado prácticas exitosas para controlar y revertir la epidemia, sin embargo, se evidencian también riesgos de una mayor expansión de la infección que exigen que se fortalezcan y aumenten a escala las intervenciones de prevención en grupos poblacionales clave (HSH, TS, UDI), incluidas mujeres, poblaciones indígenas y jóvenes, en situaciones de mayor vulnerabilidad y riesgo. Se observa que persisten brechas en información estratégica, tanto sobre poblaciones clave como sobre las poblaciones donde se registran nuevas infecciones (indígenas, jóvenes, usuarios de drogas no inyectables). Esa información es crucial para que las respuestas sean más eficientes.

b) Indicador 6.2: Uso de preservativos en la última relación sexual de alto riesgo

El porcentaje de jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron más de una pareja sexual durante los últimos 12 meses y utilizaron un condón durante su última relación sexual en 2007 es menor al 50% en todos los países que dieron a conocer esta información (ONUSIDA/OMS, 2008, págs. 310 a 315).

En estudios llevados a cabo entre 2001 y 2006 en los países de la región se encontró que el porcentaje de hombres de entre 15 y 49 años que tuvo más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y que declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual es generalmente mayor (del 15% en Costa Rica al 48% en la Argentina) que el de mujeres de entre 15 y 49 años (del 11% en Costa Rica al 44% en la Argentina) (ONUSIDA/OMS, 2008).

En el Caribe, en 2007 se observan variaciones similares entre países: el porcentaje de hombres de entre 15 y 49 años que tuvo más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y que declara haber usado un preservativo

durante la última relación sexual es del 41% en Cuba y del 48% en Santa Lucía. El de mujeres es del 33% en Cuba y del 39% en Santa Lucía (ONUSIDA, 2008). En la República Dominicana, el informe de la encuesta demográfica y de salud de 2007 (República Dominicana, 2007) indica que entre las mujeres y los hombres que tuvieron relaciones sexuales con una persona que no era esposo, esposa o conviviente, el 40% de las mujeres y el 69% de los hombres usaron un condón en la última relación sexual de ese tipo. Es destacable que en ambos casos el porcentaje que usó el condón es mayor en la población masculina que en la femenina.

Entre los trabajadores sexuales generalmente un mayor porcentaje de mujeres que de hombres declara haber usado un preservativo con su último cliente (ONUSIDA/OMS, 2008, págs. 320 y 321). Las tasas de uso del condón con el último cliente por parte de TS mujeres son altas, hasta un 93,4% en Chile, con aumentos en el uso del condón de aproximadamente cuatro veces entre 2004 y 2007 informados en El Salvador (ONUSIDA/OMS, 2009, pág. 61).

En el Caribe, algunas encuestas han revelado que son más los profesionales del sexo que están protegiéndose (y protegiendo a sus clientes) contra la infección por el VIH, en especial en los principales centros turísticos y urbanos. En 2007 se registran tasas de uso de condón con el último cliente por TS similares entre TS mujeres, del 56% en Cuba al 84% en Jamaica y el 90% en Haití (ONUSIDA, 2008).

Se observa una tendencia al uso sistemático de condones con clientes por parte de TS que son apoyadas/os por intervenciones comunitarias integrales que incluyen cambio de políticas. A pesar de los relativamente altos porcentajes de uso del condón con clientes, en algunos países las TS declaran usar con menor frecuencia el condón con sus parejas no clientes, ocasionales o estables. Por ejemplo, en Honduras las TS declaran usar con menor frecuencia el condón con sus parejas ocasionales (40,7%) que con sus parejas estables (10,6%) (ONUSIDA/OMS, 2009).

El porcentaje de hombres que declara haber usado un preservativo durante su último coito anal con una pareja masculina en 2007 también muestra disparidades significativas entre los países de la región, del 29% en Chile al 91% en la Argentina (ONUSIDA/OMS, 2008, pág. 319). A pesar de que existe cierta evidencia de que los programas de prevención están alentando a los HSH a adoptar mayores medidas de prevención, como en El Salvador, por ejemplo, donde se ha registrado un incremento en el uso del condón durante la última relación sexual entre 2004 y 2007 del 70,5% al 82,1%, y en la Argentina, donde entre 2004 y 2007 también se encontró un incremento en el uso del condón entre los HSH, el nivel de la prevención aún es insuficiente. En Centroamérica, el 39% de los HSH encuestados declaran no utilizar de forma consistente el condón con sus parejas ocasionales y solamente el 29% declaró haber tenido acceso a programas de prevención (ONUSIDA/OMS, 2009, pág. 60).

En el Caribe se registran variaciones en el porcentaje de hombres que declara haber usado un preservativo durante su último coito anal con una pareja masculina en 2007, del 55% en Cuba al 74% en Santa Lucía (ONUSIDA, 2008).

El porcentaje de consumidores de drogas inyectables que declara haber usado un preservativo durante su última relación sexual en 2008 fue reportado por tres países, con valores entre el 33% y el 65% (ONUSIDA/OMS, 2008). El Caribe no cuenta con información sobre este indicador.

En la región, a pesar de la existencia de experiencias exitosas en promoción del uso de preservativo en relaciones sexuales de alto riesgo, especialmente en TS, los datos existentes demuestran prácticas muy variadas y brechas persistentes en los esfuerzos de prevención, especialmente dirigidos hacia HSH y UDI, lo que indica la necesidad de aumentar la programación e inversión en la prevención del VIH para poblaciones claves. Un esfuerzo especial debe ser emprendido para empoderar las mujeres y los jóvenes a protegerse.

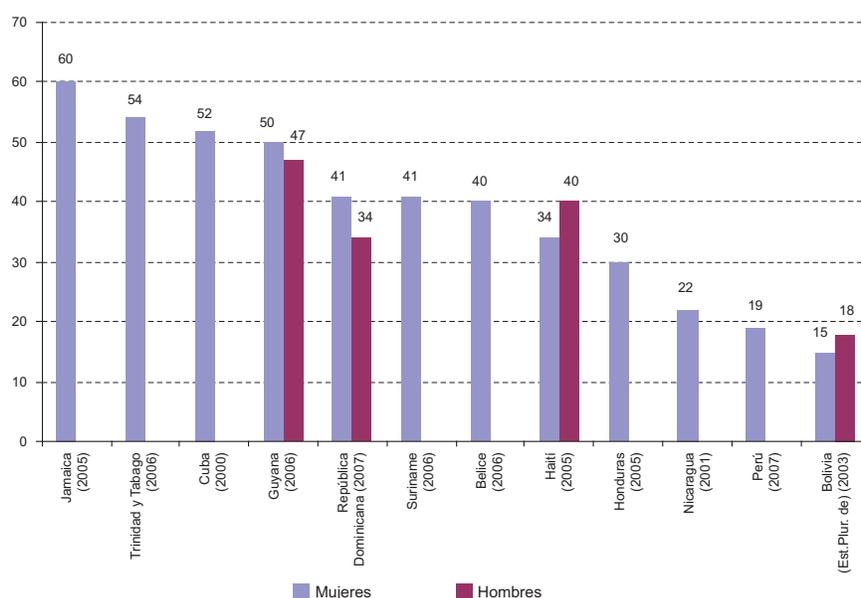
c) Indicador 6.3: Proporción de la población de 15 a 24 años que tiene conocimientos amplios y correctos sobre el VIH/SIDA

Se estima que los jóvenes representan más del 40% de las nuevas infecciones a nivel mundial en 2008 (Naciones Unidas, 2010), por lo cual para reducir el número de nuevas infecciones y detener la propagación de la

epidemia es imprescindible desarrollar programas de educación y prevención para asegurar que los jóvenes, en especial los que viven en situaciones de mayor vulnerabilidad y de riesgo, puedan protegerse cuando inician su vida sexual.

En la región, el porcentaje de jóvenes de entre 15 y 24 años que identifican correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y que también rechazan las principales ideas erróneas acerca de la transmisión del VIH en mujeres varía del 9% en Guatemala (2002) al 89% en la Argentina (2005), y en hombres del 10% en Guatemala (2002) al 83% en la Argentina (2005) (ONUSIDA/OMS, 2008, págs. 295 y 296). Estas son cifras informadas por los países. En el gráfico VI.16 se recogen las cifras provenientes de las últimas encuestas de demografía y salud.

Gráfico VI.16
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): PROPORCIÓN DE POBLACIÓN DE 15 A 24 AÑOS QUE TIENE CONOCIMIENTOS AMPLIOS Y CORRECTOS SOBRE EL VIH/SIDA (INDICADOR 6.3 DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO)
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Base de datos de Estadísticas e Indicadores Sociales (CEPALSTAT) <http://websie.eclac.cl/infest/ajax/cepalstat.asp?carpeta=estadisticas>, sobre la base de Naciones Unidas, Base de datos de los indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio [en línea] <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Data.aspx>.

En el Caribe, en 2007, los valores no superaron el 60%, con un rango desde el 5,2% en Aruba hasta el 56% en Trinidad y Tabago (PNUD/Ministerio de Desarrollo Social de Belice, 2005).

En conclusión, mientras los jóvenes de algunos países han alcanzado un buen nivel de conocimiento, muchos jóvenes de la región siguen teniendo conocimientos limitados acerca del VIH. Además, como se mencionó en el párrafo anterior, el uso sistematizado del preservativo en relaciones sexuales de riesgo en jóvenes sigue siendo insuficiente. Finalmente, un diagnóstico (De María y otros, 2008) llevado a cabo en 2008 en América Latina y el Caribe encontró que el acceso al condón para jóvenes escolarizados es limitado. Solo tres países en la región informan que existe distribución o acceso a condones para jóvenes adolescentes en instituciones escolares, sin embargo aun en estos países este acceso o distribución no es universal. Ese panorama manifiesta la falta de acceso a educación sexual integral y servicios relacionados con la sexualidad para jóvenes en la región.

d) Indicador 6.4: Relación entre la asistencia escolar de niños huérfanos y la de niños no huérfanos de 10 a 14 años

La gran mayoría de los países de América Latina no reportan este indicador por varios motivos, entre los que se encuentran el número reducido de huérfanos del SIDA y la existencia de sistemas de protección social que cuidan de los huérfanos y los escolarizan. Según información de la oficina del UNICEF en Colombia, por ejemplo, este país reporta un 85% de tasa de asistencia escolar de huérfanos entre 2003-2008.

Igualmente existe poca información sobre el tema en el Caribe. La República Dominicana da cuenta de una tasa de asistencia escolar de huérfanos entre 2003-2008 del 77%.

Se recomienda realizar estudios específicos para valorar el apoyo social ofrecido a los niños y las niñas afectados por o viviendo con el VIH.

En un diagnóstico de De María y otros (2008) se analizó la integración escolar de los niños y las niñas que viven con VIH en América Latina y el Caribe. Se encontró que todos los países reconocen el derecho y la necesidad de incluir a los estudiantes que viven con VIH en la escuela, aunque con diferentes niveles de protección. En la caracterización de los 34 países estudiados, 12 afirman contar con políticas para promover la educación de los menores que viven con el VIH o menores afectados por el VIH. El Brasil, Chile, Costa Rica, México y el Perú mencionaron que han desarrollado lineamientos o pautas oficiales para la integración del niño que vive con el VIH en la escuela. En el Brasil, por ejemplo, hay varias guías que están dirigidas a diferentes niveles: las autoridades municipales y estatales, los docentes escolares y la sociedad civil. En Chile y El Salvador se abordan explícitamente la integración de niños, niñas y jóvenes que viven con VIH en el ámbito escolar en su currícula oficial. En el Ecuador y Santa Lucía se está en proceso de elaborar materiales de apoyo sobre el estigma y la discriminación en la escuela.

En algunas instancias, cuando ha habido casos de discriminación y se ha negado el acceso de niños que viven con el VIH a la escuela, se ha acudido a las cortes y los juzgados apropiados para la resolución de estos conflictos. Según los datos reportados, todos los fallos han sido a favor de los demandantes y las cortes han respaldado la legislación que garantiza el acceso de todos los niños a la educación y la legislación en contra de la discriminación.

3. Meta 6.B: Lograr, para el año 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA de todas las personas que lo necesiten

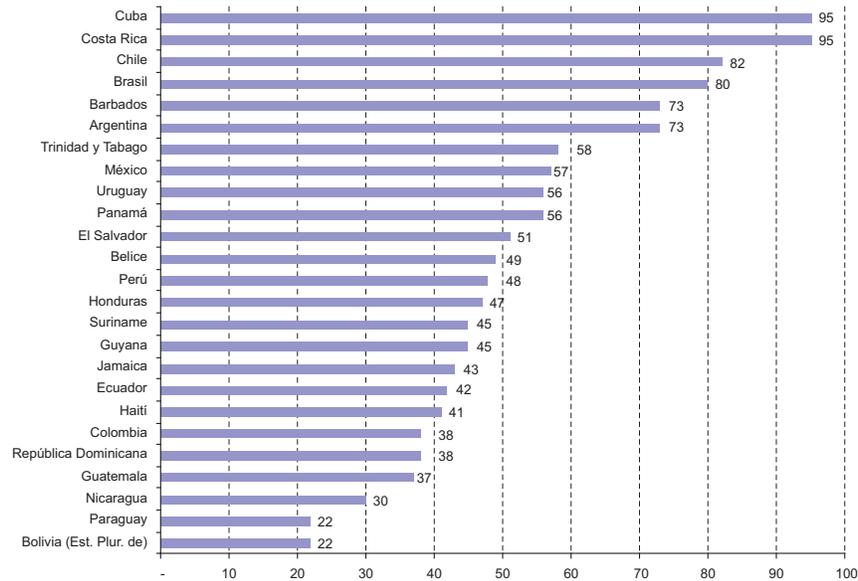
a) Indicador 6.5: Proporción de la población portadora del VIH con infección avanzada que tiene acceso a medicamentos antirretrovirales

La cobertura media del tratamiento antirretroviral fue del 54% en América Latina y del 51% en el Caribe en 2008 (ONUSIDA/OMS, 2009, pág. 58), superando el promedio global, con algunos países como el Brasil, Chile y Costa Rica que alcanzaron la meta de acceso universal al tratamiento con un 80% o más de cobertura. El aumento en cobertura de tratamiento en 2008 en América Latina y el Caribe es de aproximadamente un 36% en un año y una multiplicación por 10 en 5 años (ONUSIDA/OPS/UNICEF, 2009). Sin embargo, aún existen importantes desigualdades en el acceso a tratamiento en los distintos países de la región y algunos todavía reportan coberturas limitadas, como el Estado Plurinacional de Bolivia (un 22% en 2007) y el Paraguay (un 22% en 2007) (ONUSIDA/OMS, 2008) (véase el gráfico VI.17).

Cabe resaltar que estos logros fueron conseguidos en años de crecimiento económico con inversión social marcada y apoyo externo sustancial.

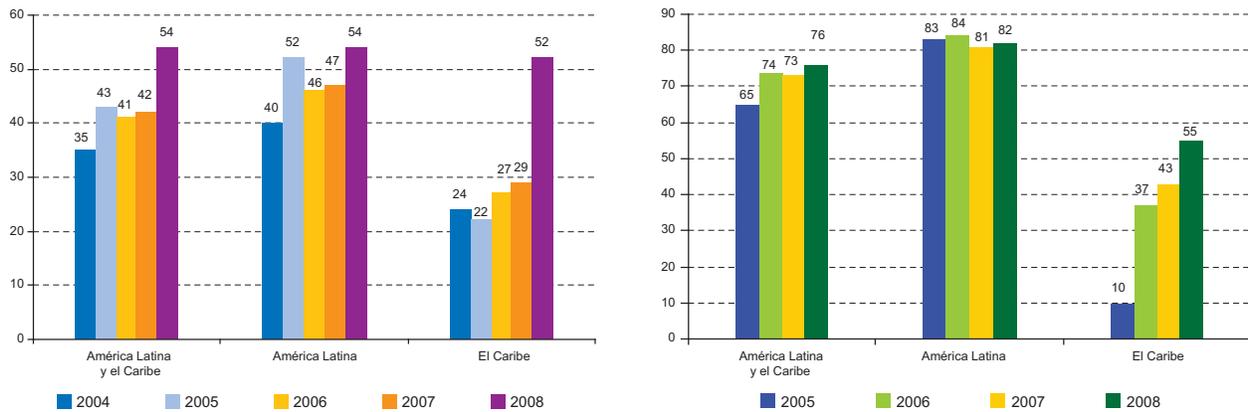
Se estima que a finales de 2008, el 54% (América Latina) y el 52% (Caribe) de las embarazadas que necesitaban tratamiento antirretroviral lo recibían (UNICEF, 2009) (véase el gráfico VI.18).

Gráfico VI.17
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN PORTADORA DEL VIH CON INFECCIÓN AVANZADA CON ACCESO A MEDICAMENTOS ANTIRRETROVIRALES (INDICADOR 6.5 DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO), 2007
 (En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Base de datos de Estadísticas e Indicadores Sociales (CEPALSTAT) <http://websie.eclac.cl/infest/ajax/cepalstat.asp?carpeta=estadisticas>, sobre la base de Naciones Unidas, Base de datos de los indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio [en línea] <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Data.aspx>.

Gráfico VI.18
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: MUJERES EMBARAZADAS Y NIÑOS MENORES DE 15 AÑOS QUE VIVEN CON VIH, EN TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL
 (En porcentajes)



Fuente: Organización Mundial de la Salud/Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) (OMS/ONUSIDA/UNICEF), *Towards Universal Access. Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector. Progress Report 2009*, Ginebra, 2009.

En 2008 (UNICEF, 2009), la cobertura de tratamiento en niños menores de 15 años era del 82% en América Latina y del 55% en el Caribe.

Los resultados alentadores de la región con frecuencia ocultan la fragilidad de los sistemas de salud, como quedó evidenciado a inicios de 2010 con el desabastecimiento de antirretrovirales que ocurrió en 7 de 10 países latinoamericanos estudiados. Algunos análisis sugieren que esta situación se debe a debilidades en la planificación y distribución de insumos, más que por limitaciones de recursos financieros.

i) Los retos de la epidemia

Aunque se han alcanzado logros significativos en la expansión de servicios de tratamiento, prevención, atención y apoyo, aún resta enfrentar importantes desafíos. Entre estos se encuentran:

- El compromiso político y económico para responder de forma sostenida a la epidemia (ONUSIDA, 2010).

Sobre la base de las metas de acceso universal establecidas por los países, se estima que para 2010 se necesitarán 25.100 millones de dólares para responder a la epidemia a nivel mundial en países de medianos y bajos ingresos. Se estima que en América Latina y el Caribe se necesitarán 3.100 millones de dólares (ONUSIDA, 2009a).

El ONUSIDA calcula que para lograr el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo en relación con el VIH, los gastos destinados a medidas de prevención deberían representar aproximadamente el 45% de los gastos mundiales para la respuesta. En 2007, los países gastaron, en promedio, solo un 21% de los recursos relacionados con el VIH a nivel mundial en medidas de prevención de nuevas infecciones (Naciones Unidas, 2010).

En los informes de gasto nacional en VIH/SIDA desarrollados por los países de América Latina se observa que, a pesar del incremento en la inversión en las respuestas nacionales en años recientes, esta es aún insuficiente para cubrir las necesidades identificadas para alcanzar el acceso universal, particularmente en términos de prevención y poblaciones clave dentro del contexto epidemiológico concentrado de América Latina (ONUSIDA, 2010).

El Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria ha asignado 2.034 millones de dólares en América Latina y el Caribe en las 9 rondas, un total de 110 subvenciones en 33 países en 10 años. El 69% de esas subvenciones fueron atribuidas al VIH. Asimismo, ha contribuido de forma sustantiva al desarrollo de la respuesta al VIH en la región. Sin embargo, con la reestructuración del Fondo Mundial y el cambio de criterios de elegibilidad, solo siete países de América Latina serán elegibles, los otros podrán solicitar fondos modestos dirigidos a las poblaciones clave. Esa política fomentará respuestas que atienden más al perfil epidemiológico de la región. Sin embargo, el cambio de política del Fondo Mundial y sus consecuencias para América Latina en particular preocupan. De hecho, la mayor parte de la inversión externa se dirigió al área de la prevención, la cual podría descuidarse durante el período de recuperación de las consecuencias de las crisis financiera, económica y ambiental.

Varios países del Caribe tienen también estudios de medición del gasto en SIDA en progreso. En Trinidad y Tabago también se ha observado una inversión creciente de fuentes públicas en la respuesta al VIH entre 2002 y 2006. En el Caribe, un monitoreo de la inversión externa de la respuesta al VIH concluyó que solo una parte muy limitada de esta inversión está dirigida a trabajadores sexuales.

Cabe mencionar que, con el tiempo, la demanda de regímenes de segunda y tercera línea en la región está creciendo inevitablemente a medida que se desarrolla la resistencia a los medicamentos de primera línea. Actualmente, los regímenes con medicamentos de segunda y tercera línea son mucho más costosos que los de primera línea (Naciones Unidas, 2010). En este contexto, agravado por la salida de los donantes de América Latina y del Caribe y frente a la incertidumbre sobre la evolución de la crisis financiera, se torna crucial que los sectores público y privado, así como los organismos multilaterales y los líderes de iniciativas filantrópicas, redoblen sus esfuerzos de colaboración para que se pueda alcanzar el acceso universal a la prevención, el tratamiento y la atención del VIH/SIDA en los próximos años.

Asimismo, se torna crítico generar evidencia para poder mostrar los beneficios a largo plazo, la rentabilidad y los ahorros futuros que podrían lograrse con una inversión inmediata en los grupos poblacionales que más lo necesitan y en prevención.

En América Latina y el Caribe existe una alta rotación de autoridades y funcionarios que reduce la efectividad de los procesos de fortalecimiento institucional y que afecta la sostenibilidad de las intervenciones. Mantener el compromiso y el liderazgo en este ámbito también es un reto.

La lucha contra el SIDA en el Brasil en las últimas décadas confirma que es posible combatir la epidemia, siempre y cuando haya un compromiso gubernamental multisectorial, sumado a las alianzas estructuradas con los diversos actores de la cooperación internacional y con la sociedad civil organizada, que incluye al sector privado y a las personas que viven con VIH. Se aprendió también que, sin tal compromiso, el VIH puede tener un efecto devastador sobre las vidas humanas, limitando las oportunidades de las personas, generando pobreza y causando retrocesos en la agenda del desarrollo humano¹⁴.

- El estigma, la discriminación y las violaciones de los derechos humanos.

El segundo reto más importante está relacionado con las brechas persistentes en el ejercicio de los derechos humanos de las personas que viven con VIH y de las poblaciones clave.

En el Caribe, 5 países sobre un total de 16 cuentan con marcos jurídicos neutrales a la diversidad sexual (no la mencionan) y 11 tienen implantados marcos jurídicos sumamente prohibitivos. A pesar de que la mayoría de los países de América Latina cuentan con marcos legales que respetan o son neutrales hacia la diversidad sexual, el estigma y la discriminación basados en la diversidad sexual y en la identidad de género aún están enraizados en muchas actitudes y comportamientos de la población general, incluso en las autoridades y el personal de salud, lo que lleva a las poblaciones más vulnerables a tener miedo de que su identidad u orientación sexual sea descubierta, por las posibles consecuencias que esto puede tener, como el rechazo laboral y social o la violencia, haciéndolos adoptar mecanismos de marginalización. La homofobia y la transfobia hacia los HSH y las personas transgénero limitan el acceso de estas poblaciones a servicios de prevención y de salud de calidad, y restringen su participación en el desarrollo de políticas e intervenciones efectivas y focalizadas en sus necesidades (ONUSIDA/OMS, 2008).

La mejora del entorno jurídico y de derechos humanos en América Latina y el Caribe se requiere para los HSH y las personas transgénero, y también para todas las personas en situaciones de mayor vulnerabilidad. Es imprescindible revisar los efectos negativos en materia de salud pública de la criminalización de las personas usuarias de drogas y promover con más fuerza las políticas de reducción de daños, así como mejorar el acceso de los usuarios de drogas, sus parejas e hijos a recursos preventivos y asistencia de salud (ONUSIDA/OPS/UNICEF, 2009).

En relación con las y los trabajadores sexuales, las políticas discriminatorias, como el tamizaje obligatorio, han resultado contraproducentes y han alejado aún más a la población de los y las TS de los servicios de salud. Las y los TS deben ser protegidos de la represión institucional y de la violencia que sufren en las calles (REDTRASEX, 2005).

En cuanto a las poblaciones móviles, con énfasis especial en los migrantes irregulares en el Caribe, se debería encarar las causas originarias de la migración a través de la habilitación de programas económicos alternativos (por ejemplo, concesión de microcréditos a mujeres jóvenes) para las poblaciones en mayor riesgo y programas de migración laboral que promuevan la migración laboral regular en la región. Se debería trabajar con los gobiernos a fin de alentar el asesoramiento y las pruebas voluntarias sobre VIH y desalentar las pruebas obligatorias de VIH con fines de empleo o migración (OIM, 2004; Bombereau y Allen, 2008).

En el Plan Regional de VIH/ITS para el Sector Salud 2006-2015 de la OPS se señala que las poblaciones privadas de libertad constituyen un grupo olvidado en cuanto a las intervenciones de salud pública, a pesar de que la

¹⁴ Véase ONUSIDA, “ONU y la respuesta al SIDA en Brasil 2008-2009” [en línea] <http://www.onu-brasil.org.br/doc/LaONUelarespuestaalSidaenBrasil.WEB.pdf>.

prevalencia del VIH entre los reclusos es muy elevada en toda la región (UNIFEM/OPS/CIM, 2009). Esa situación evidencia las brechas en el derecho a la salud de las poblaciones privadas de libertad.

Asimismo, debe considerarse que tanto las Naciones Unidas como el sistema interamericano tienen un cuerpo importante de instrumentos jurídicos que pueden usarse para proteger los derechos humanos y las libertades básicas de las personas que viven con VIH/SIDA (OPS, 2008b).

- El fortalecimiento de los sistemas de salud y el acceso a atención y tratamiento.

El acceso adecuado a pruebas y consejería de VIH aún es limitado en la región. El porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años que recibió la prueba del VIH en los últimos 12 meses y que conoce los resultados es menos del 25% en 6 de los 8 países que reportaron este indicador, lo que demuestra la falta de acceso a esa herramienta importante de prevención del VIH y de inicio de atención (ONUSIDA/OMS, 2008, págs. 283 a 285). Asimismo, se considera la expansión y mejora de estos servicios como una prioridad ante la ampliación de los programas de tratamiento antirretroviral (TAR). Esta ampliación deberá ir acompañada por la adaptación de las políticas de salud, especialmente las dirigidas a jóvenes, que en varios países no pueden hacerse una prueba del VIH antes de la edad adulta sin estar acompañado por un familiar, situación que desmotiva a muchos jóvenes a hacerse la prueba, el aumento en el uso de pruebas rápidas, la gestión de la cadena de suministros y de laboratorios, y la capacitación de recursos humanos, entre otros.

La baja cobertura en pruebas de VIH, tanto para mujeres embarazadas (54% en 2008) (ONUSIDA/OMS/UNICEF, 2009) como para niños y niñas, representa un obstáculo al acceso a la prevención de la transmisión maternoinfantil y al tratamiento temprano durante la niñez, esencial para reducir la mortalidad infantil.

La descentralización de servicios, así como su manejo en equipos multidisciplinarios, integrando el VIH en la atención primaria de salud, en servicios de salud sexual y reproductiva, salud maternoinfantil y tuberculosis, es imprescindible para incrementar la cobertura de TAR para hombres, mujeres, niños y niñas de forma sostenible.

La región también debe seguir trabajando hacia la mejora de la adherencia a los tratamientos antirretrovirales, asegurando el subministro sostenido de medicamentos, fortaleciendo las capacidades de los recursos humanos, afirmando el respeto y la dignidad de toda persona que vive con VIH, independientemente de su orientación sexual, género o profesión.

- Revolucionar la prevención del VIH.

Es ampliamente reconocido que los programas combinados de prevención constituyen el método más eficaz para reducir el número de nuevas infecciones. Estos programas, que están basados en el respeto de los derechos y en evidencias y tienen carácter comunitario, son una combinación estratégica de intervenciones biomédicas, comportamentales, sociales y estructurales diseñadas para responder a las necesidades de prevención de las personas y las comunidades.

En América Latina y el Caribe, el fortalecimiento de la prevención en las poblaciones clave, incluidos los HSH, los TS, los UDI y los transgénero, es fundamental para revertir la epidemia del VIH. Los esfuerzos deberán también abarcar a las mujeres, los jóvenes y las poblaciones indígenas y afrodescendientes, grupos con altos niveles de vulnerabilidad social. Es poco probable que la inversión social de los gobiernos siga tan alta en los próximos cinco años como en el último sexenio, por lo que el riesgo de que se amplíen las inequidades sociales en esta región, ya caracterizada como la más desigual del mundo, y de sufrir una reducción del gasto público en salud, es alto y requiere acciones de incidencia para concienciar a los encargados de tomar las decisiones sobre las consecuencias que pudiera ocasionar la negligencia de los programas de prevención dirigidos a las poblaciones que más lo necesitan .

Asimismo, el ONUSIDA estima que en 8 de los 10 países estudiados de América Latina, la crisis económica afectará los esfuerzos de prevención y las intervenciones comunitarias en 2010 (ONUSIDA/OMS, 2009). Se pronostica una reducción en los servicios de apoyo a las poblaciones más expuestas y a las personas que viven con el VIH. En los países más pobres, como Guatemala y Honduras, se teme un aumento en las tasas de indigencia

de las personas que viven con el VIH, lo que podría afectar la seguridad alimentaria de este grupo poblacional y, en consecuencia, la adherencia a sus tratamientos con el aumento potencial de morbilidad y mortalidad asociadas.

El aumento de las inequidades podría aumentar la violencia hacia las mujeres, los jóvenes y los niños y niñas. Por este motivo, la prevención del VIH mediante el aumento a escala de programas estructurales que abordan la violencia de género o doméstica es urgente. Es imprescindible desarrollar programas que contribuyan a elevar la independencia económica de las mujeres y jóvenes y programas para hombres que discutan los modelos de masculinidad para poder cambiar las normas sociales vigentes. Igualmente necesarios son los programas para fortalecer la respuesta judicial. Para alcanzar las metas del sexto Objetivo de Desarrollo del Milenio, los programas de VIH nacionales de la región deberán aumentar a escala estas intervenciones en colaboración con las instituciones especializadas y los actores de la sociedad civil.

Finalmente, deberá dedicarse más atención a la salud sexual y reproductiva de la juventud integrando la prevención del VIH, las pruebas y la consejería y el acceso a condones en servicios amigables para adolescentes, brindando educación sexual integral. Desafortunadamente, los servicios de salud y educación para jóvenes que ofrecen una educación sexual de calidad, oportuna y basada en derecho aún son limitados en muchos países, debido a la falta de habilidades y capacidades de los prestadores de servicios, la adecuación de los servicios de manera diferenciada, las limitaciones de los marcos legales y la falta de una currícula que incorpore la temática de derechos sexuales y reproductivos que incidan, por ejemplo, en las altas tasas de embarazo en adolescentes ya analizadas. En búsqueda de una solución a esta situación, una iniciativa alentadora fue adoptada en México, en 2008, durante la decimoséptima Conferencia Internacional sobre el SIDA, por 30 ministros de educación y de salud. La Declaración Ministerial “Prevenir con educación” aspira a reducir la transmisión del VIH mediante la educación integral en sexualidad y el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva integrales y de calidad. La Declaración Ministerial es ejemplar en la medida en que procura fomentar la igualdad entre la gente y combatir la discriminación, incluso la basada en el estado serológico de las personas, su orientación sexual o identidad de género.

- Uso de la información y la investigación estratégicas sobre el VIH.

En la región se han estado llevando a cabo diversas actividades para responder a la brecha en las evidencias disponibles sobre la epidemia y su respuesta, invirtiendo en estudios de vigilancia y otros estudios especializados como los de modos de transmisión y estimaciones de tamaño poblacional. Sin embargo, el uso de la información y la investigación estratégicas sobre el VIH continúan siendo un reto para los países de la región. El análisis y uso de la información estratégica por medio de su traducción a políticas públicas es crucial para optimizar los resultados de la respuesta, incluso a través de una asignación de recursos más eficaz.

ii) *Recomendaciones de política: orientaciones para una respuesta al VIH firme y eficaz en el largo plazo*

El ONUSIDA, en consulta con sus patrocinadores, las comunidades y la sociedad civil, propone 10 áreas prioritarias en las cuales enfocar los esfuerzos para responder a los desafíos en la respuesta a la epidemia y revivir el impulso para avanzar hacia el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de forma conjunta (véase ONUSIDA, 2009b):

- Reducir la transmisión sexual del VIH, promoviendo normas sociales y comportamientos individuales que deriven en una mayor salud sexual, apoyando el liderazgo de las personas que viven con el VIH para la prevención positiva y respaldando el acceso universal a servicios y recursos de prevención, en especial para los más vulnerables.
- Eliminar la transmisión maternoinfantil del VIH y sífilis congénita, ampliando el acceso a servicios de calidad y su utilización como parte integral de los servicios de salud sexual y reproductiva para las mujeres, sus parejas y los jóvenes.
- Asegurar que las personas que viven con el VIH reciban tratamiento, integrando el apoyo nutricional dentro de los programas de tratamiento y aumentando el número de trabajadores sanitarios capacitados y equipados.
- Evitar que las personas que viven con el VIH mueran a causa de tuberculosis.

- Evitar que los usuarios de drogas se infecten con el VIH.
- Eliminar las leyes punitivas, las políticas, las prácticas, el estigma y la discriminación que impiden las respuestas eficaces ante el SIDA.
- Detener la violencia contra mujeres y niñas.
- Capacitar a los jóvenes para que se protejan contra el VIH, brindando educación y servicios basados en los derechos sobre salud sexual y reproductiva.
- Mejorar la protección social para las personas afectadas por el VIH.
- Expandir los programas integrales dirigidos a la reducción de la transmisión del VIH entre los HSH y las personas transgénero.

4. Meta 6.C: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves

a) La lucha contra el paludismo

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio contemplan la meta de haber detenido y comenzado a reducir la incidencia del paludismo para 2015. Si bien en la región de las Américas algunos países han progresado bastante al respecto, para alcanzar la meta se requiere que en todos ellos se realicen esfuerzos sostenidos, se cuente con financiamiento adecuado, mayor colaboración entre los programas de salud y otros sectores, una adecuada contratación y capacitación de personal de salud y de la comunidad en la materia, la participación de diversos sectores de la sociedad en la prevención y el control de la enfermedad, así como el fortalecimiento de los sistemas de salud y la definición de políticas basadas en pruebas documentadas.

La incidencia del paludismo en América Latina y el Caribe es muy inferior a la de las regiones más afectadas del mundo. Sin embargo, en 21 de los 35 países y territorios miembros de la OPS/OMS hay zonas en que el paludismo se transmite activamente, estimándose que 284 millones de personas están —en diverso grado— expuestas a contraerlo. En 2008 hubo 560.888 casos en la región, es decir, un 53% menos que en 2000. Alrededor del 77% de los casos son causados por el *Plasmodium vivax* y el resto mayoritariamente por el *Plasmodium falciparum*¹⁵. En el mismo período, las defunciones relacionadas con la enfermedad disminuyeron un 75%.

En 18 de los 21 países en los que la enfermedad es endémica, su incidencia se redujo entre 2000 y 2008. En siete de ellos la caída superó el 75%, con lo que alcanzaron tanto la meta de la iniciativa “Hacer retroceder el paludismo” como el Objetivo del Milenio en esta materia. Otros cinco declararon bajas del 50% al 75% y otros seis registraron reducciones inferiores al 50%. No obstante, en el mismo período, Haití, la República Bolivariana de Venezuela y la República Dominicana dieron cuenta de un aumento del número de casos (véase el cuadro VI.12).

Por otra parte, 10 países en que la enfermedad es endémica declararon un índice de láminas positivas (ILP) inferior a cinco, lo que revela un buen control en las áreas de riesgo de paludismo. A su vez, nueve países declararon un índice parasitario anual (IPA) inferior al 1‰ personas en áreas de riesgo, criterio que se utiliza para clasificar a un país dentro de la etapa previa a la eliminación. Considerando además patrones endémicos, tendencias epidemiológicas y otros aspectos, puede estimarse que la Argentina, El Salvador, México y el Paraguay se encuentran en esta categoría y tienen mayores posibilidades de progresar hacia la eliminación. Por el contrario, las tendencias epidemiológicas muestran que los casos van en aumento en la isla que comparten Haití y la República Dominicana. A pesar de que ambos países muestran un incremento de casos durante el período, las condiciones de cada uno son diferentes, ya que Haití tiene un programa de control menos satisfactorio, por lo que tendrá más dificultades para alcanzar la eliminación, y, considerando el terremoto que afectó a este país en enero de 2010, el reto es aún mayor. En ese sentido, teniendo en cuenta el riesgo de transmisión a otras islas, es crucial la eliminación de la malaria en estos dos países en los que esta enfermedad sigue siendo endémica y en los que, no obstante, se considera viable su eliminación.

¹⁵ En el Brasil, Colombia, Guayana francesa, Guyana, la República Bolivariana de Venezuela y Suriname también se registraron casos por *Plasmodium malariae*, correspondientes a menos del 0,01% del total de casos de la región de las Américas.

Cuadro VI.12
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: INDICADORES DEL PALUDISMO
 EN PAÍSES ENDÉMICOS, 2008^a**

País (año de último informe)	Número de casos comunicados, 2008	Cambio desde 2000 (en porcentajes)	Índice parasitario anual (IPA), 2008	Índice láminas positivas (ILP), 2008
Argentina (2008)	130	-70,5	0,04	2,05
Belice (2008)	539	-63,7	1,73	2,44
Bolivia (Estado Plurinacional de) (2008)	9 748	-69,0	7,05	6,10
Brasil (2008)	314 802	-48,7	1,69	11,58
Colombia (2008)	79 230	-26,4	3,01	17,70
Costa Rica (2008)	966	-48,6	0,61	5,58
Ecuador (2008)	4 891	-95,3	0,55	1,27
El Salvador (2008)	33	-95,6	0,00	0,03
Guatemala (2008)	7 198	-86,5	1,62	4,19
Guyana (2008)	11 815	-50,8	17,34	8,61
Guayana Francesa (2008)	3 264	-12,0	20,01	27,21
Haití (2008)	36 774	+117,6	4,64	21,77
Honduras (2008)	8 225	-76,6	1,67	6,89
México (2008)	2 295	-69,0	0,00	0,19
Nicaragua (2008)	764	-96,8	0,19	0,14
Panamá (2008)	744	-28,2	0,23	0,37
Paraguay (2008)	1 341	-95,0	0,01	0,04
Perú (2008)	42 214	-38,2	6,54	5,3
República Dominicana (2008)	1 840	+49,2	0,25	0,48
Suriname (2008)	2 086	-88,7	31,04	7,41
Venezuela (República Bolivariana de) (2008)	32 037	+7,7	5,83	7,74

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS).

^a El valor negativo en el cambio porcentual refleja reducción y el positivo indica aumento. IPA inferior a uno es un criterio para considerar que el país se encuentra en la fase previa a la eliminación. ILP inferior a cinco en casos febriles indica que el programa de control es adecuado.

En los países y territorios de las Américas que pueden considerarse libres de transmisión para la OMS, desde 2000 se ha declarado un promedio anual de 1.300 casos. Ellos son “importados”, es decir, afectan a viajeros provenientes de países de la región y del resto del mundo en que el paludismo es endémico. En 2006 hubo brotes en las Bahamas y Jamaica, dos países libres de transmisión, pero los esfuerzos nacionales realizados con la colaboración de la OPS y otros organismos internacionales permitieron controlarlos, y hoy se realiza una vigilancia activa para evitar rebrotes.

Siguiendo los lineamientos del Plan estratégico contra el paludismo en las Américas 2006-2010, que coinciden con las áreas de trabajo del Programa global contra la malaria en esta región, la estrategia ha abarcado cinco componentes: prevención; vigilancia y detección precoz y control de epidemias; manejo integrado de vectores, diagnóstico y tratamiento; ambiente favorable para la prevención y control del paludismo, y fortalecimiento de los sistemas de salud, además de capacitación en los países. Sobre las terapias que se están usando para combatirlo, véase el recuadro VI.12.

Recuadro VI.12

IMPACTO DE LAS TERAPIAS COMBINADAS CONTRA EL PALUDISMO

Desde la década de 1950, se ha advertido sobre la resistencia del *Plasmodium falciparum* a los antimaláricos más comúnmente usados como medicamento aislado (monoterapia). El *Plasmodium falciparum* es el más patogénico de los plasmodium y afecta principalmente a los países que comparten la selva amazónica en América del Sur. Cuando hay resistencia, el tratamiento resulta ineficaz y la infección puede progresar hacia un paludismo grave e incluso la muerte.

En 1998, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) comenzó a trabajar con expertos de los países para elaborar un protocolo para el manejo de los casos de *Plasmodium falciparum* para las Américas sobre la base de un protocolo de la OMS. El protocolo fue revisado nuevamente por la OPS en 2000 y actualizado en 2001, en una reunión de la OMS sobre el monitoreo de la resistencia a los medicamentos antimaláricos.

En el marco de la alianza para hacer retroceder el paludismo (*Roll Back Malaria/RBM*), la OPS ha apoyado a los países amazónicos para establecer un sistema de vigilancia que siga el protocolo antes mencionado. En el contexto de este trabajo, en marzo de 2001 los países acordaron formar la Red Amazónica de Vigilancia de la Resistencia a los Antimaláricos (RAVREDA-AMI), constituida por el Brasil, Colombia, el Ecuador, el Estado Plurinacional de Bolivia, Guyana, el Perú, la República Bolivariana de Venezuela y Suriname, con financiamiento de la Iniciativa Amazónica de Malaria (AMI) de la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

Entre los aspectos destacados de la red está el uso de tratamientos basados en la evidencia. En el Perú, antes del inicio de la RAVREDA-AMI, se habían realizado estudios de eficacia del tratamiento del paludismo y, sobre la base de los resultados obtenidos, se decidió cambiar su esquema y se comenzaron a usar terapias combinadas basadas en la artemisinina. Desde el año 2002, todos los demás países de la red realizaron estudios de eficacia de los antimaláricos más comúnmente usados y todos han utilizado sus resultados para tomar decisiones basadas en evidencia.

Un ejemplo del impacto de estos cambios se observa en Guyana y Suriname, países que en la década de 1990 presentaron las tasas más altas de infecciones y mortalidad respecto del *Plasmodium falciparum*. En 2004, también sobre la base de los resultados de estudios de eficacia, cambiaron su política oficial de tratamiento e iniciaron el uso de terapia combinada basada en derivados de la artemisinina. Entre 2004 y 2008, Suriname informó una reducción del 82% del número de casos de paludismo, mientras Guayana registró una reducción del 60%. Se observan tendencias semejantes en el Ecuador, el Estado Plurinacional de Bolivia y el Perú, tres países que cambiaron sus políticas, iniciando el uso de terapias combinadas basadas en la artemisinina desde 2004. A estos se sumaron el Brasil y Colombia, que comenzó a usar tratamientos combinados en 2006.

Además de las terapias combinadas, es importante destacar que los países han realizado otras intervenciones, tales como la prevención, vigilancia, detección y contención de brotes y el uso de mosquiteros impregnados con insecticidas, han ampliado las facilidades para el diagnóstico y tratamiento del paludismo y han trabajado en el fortalecimiento de los sistemas de salud. Todos estos esfuerzos han sido posibles gracias a los importantes aportes de fondos nacionales, complementados por inversiones de otras fuentes financieras, como el Fondo mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2008).

Recuadro VI.13

HACIA LA ERRADICACIÓN DE LA MALARIA EN SURINAME: UNA HISTORIA DE ÉXITOS

La malaria ha constituido un importante problema de salud para Suriname desde hace 50 años, especialmente en los distritos interiores de Brokopondo y Sipaliwini. Solo luego de una secuencia de compromisos políticos y financieros llevados a cabo por el gobierno, acompañados de varias estrategias y programas, se ha logrado controlar de manera exitosa este problema.

En 1999 el gobierno instaló la Junta Nacional de Malaria, por medio de la cual se formularon las políticas nacionales, directrices y protocolos necesarios para combatir esta enfermedad. Sin embargo, a pesar de la inversión pública que se realizó de 227.272 dólares, en 2001 se registró un aumento continuo de las infecciones de malaria.

SURINAME: CASOS DE MALARIA, 1999-2003

Año	1999	2000	2001	2002	2003
Número de casos	9 037	9 936	15 652	12 736	9 340

Más tarde, en 2003, se fijó el objetivo de reducir el número de casos de esta enfermedad a menos del 50% hacia fines de 2005. Para ello, en 2004 se propuso un proyecto al Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. Este Fondo, que apoya la lucha contra la malaria en los países en desarrollo, permitió disponer de medios financieros para el programa de la malaria desde 2005 a través de una subvención. El objetivo principal de este proyecto era reducir la incidencia de las infecciones de malaria en las poblaciones indígenas y migrantes en el interior de Suriname (esto se extiende hasta 2010).

Para satisfacción tanto del Fondo Mundial como del Gobierno de Suriname, los resultados superaron las expectativas, como se puede observar en el siguiente cuadro:

Recuadro VI.13 (conclusión)

SURINAME: CASOS DE MALARIA, 2004-2008

Año	2004	2005	2006	2007	2008
Número de casos	8 560	8 517	3 507	1 809	2 134

Es decir, en un plazo de dos años —entre 2005 y 2006— se logró una drástica disminución de más del 50% del número de casos de esta enfermedad. Además, disminuyó considerablemente el número de personas que visitaron la Medical Mission (MZ), organismo no gubernamental que opera en 45 centros de salud distribuidos en todo el interior de Suriname compuestos por asistentes de salud comunitarios. En efecto, cuando el programa comenzó en 2004, hubo 8.560 nuevos casos de malaria reportados por los puestos de salud regulares de Medical Mission (MZ), en tanto que 35.751 personas se examinaron en dichos centros para detectar la malaria. En 2008, en cambio, el número de nuevos casos reportados por los puestos regulares de la Medical Mission fue de 2.134, mientras que el número de personas examinadas disminuyó a 11.529.

Por su parte, la mortalidad por malaria se redujo paulatinamente desde 2000 hasta 2008, llegando a la ausencia de muertes por esta enfermedad a partir de 2006.

SURINAME: MORTALIDAD POR MALARIA, 2000-2008

Año	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Número de muertes por malaria	24	23	16	18	7	2	0	0	0

El éxito de esta batalla contra la malaria se debe a varios factores, entre los que destacan:

- La iniciativa nacional del uso de la efectiva medicina Coartem para el tratamiento de la malaria.
- La antigua y conocida infraestructura de los policlínicos accesibles de la Medical Mission en todo el país con asistentes de salud experimentados.
- La aislada incidencia de la malaria dentro del territorio y la información que existe sobre esta enfermedad.
- Un rociamiento intensivo y completo de insecticida contra mosquitos sobre todo en el interior de Suriname.
- La distribución gratuita de mosquiteros impregnados con insecticida para todos los residentes del interior del país.
- La prestación y el mantenimiento gratuitos de productos antimaláricos y de medicamentos en todos los policlínicos de la Medical Mission y en las farmacias.
- La capacitación del personal local para la ejecución de pruebas rápidas entre las personas de los campos de minas de oro, y para el diagnóstico y suministro gratuito de medicamentos contra la malaria cuando sea necesario.
- La inundación de 2006, que permitió una disminución de casos de malaria por medio de la destrucción de las aguas estacionarias con nidos de mosquitos.

A pesar de los éxitos obtenidos, los ejecutantes del programa de la malaria y el Ministerio de Salud aún permanecen en alerta y están trabajando en la continuidad de estas estrategias. Por cada reporte de tres o más casos por semana en una localidad del interior de Suriname, un equipo de vigilancia viaja al lugar, en donde se realiza una investigación intensiva, pruebas activas a los residentes locales y tratamiento para los casos positivos de malaria que correspondan. La mayoría de los nuevos casos se han relacionado con los campos de minas de oro o con personas provenientes de la Guayana francesa.

A partir de la disminución de más del 90% de los casos de malaria y luego de no presentar muertes por causa de esta enfermedad (indicador 6.6 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio) desde el año 2006, es posible afirmar que Suriname ya cumplió la meta 6.C de los Objetivos. Además, en lo que respecta al indicador 6.7 (proporción de niños menores de 5 años que duermen protegidos por mosquiteros impregnados de insecticida), los resultados de una encuesta del mismo año, señalan que en el 55,3% de los hogares de los distritos interiores de Brokopondo y Sipaliwini, había por lo menos un mosquitero impregnado de insecticida.

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) sobre la base de Gobierno de la República de Suriname, *MDG Progress Report 2009*, Ministerio de Planificación y Cooperación para el Desarrollo y la Dirección General de Estadísticas, noviembre de 2009.

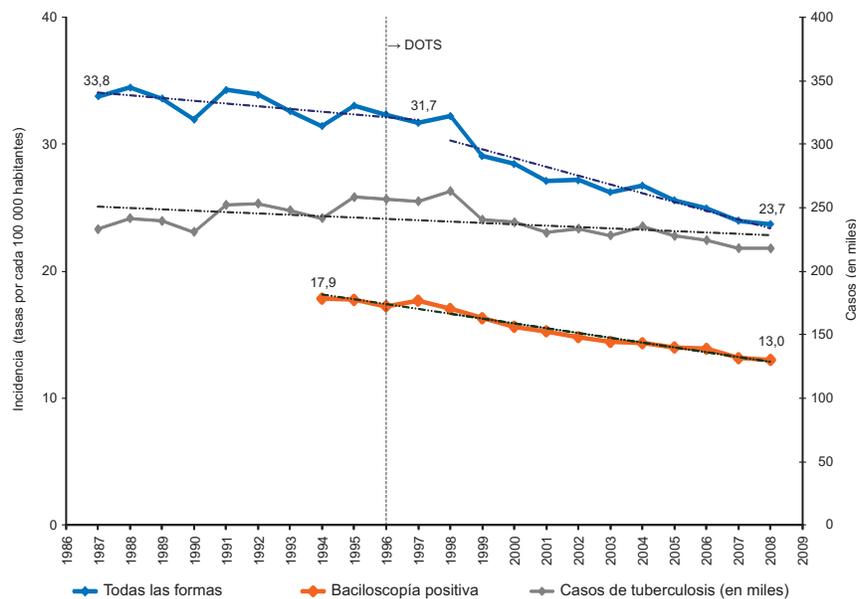
b) El control de la tuberculosis

La incidencia de la tuberculosis ha venido reduciéndose desde los años ochenta (véase el gráfico VI.19) y se espera que la tendencia se mantenga hasta 2015. En 2008, los países de América Latina y el Caribe notificaron 218.249 casos nuevos, 119.862 de ellos de tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva, una forma de grave pronóstico para el enfermo y para la población por el alto riesgo de muerte y de contagio a la comunidad si no es tratada (OMS, 2009). El 77,3% de los casos declarados de tuberculosis pulmonar de baciloscopia positiva afectó a personas de entre 15 y 54 años, con predominio de hombres respecto de mujeres (1,7 hombres por cada mujer). Se

advierte que afecta a personas en etapas productivas de la vida, con graves repercusiones económicas para las familias y la sociedad.

El descenso de las tasas de tuberculosis notificadas se atribuye a acciones de control eficaces en países que cuentan con programas nacionales exitosos y sostenidos en el tiempo, en un contexto favorable de crecimiento económico. Desde 1996, la tendencia descendente de la incidencia se aceleró gracias a la aplicación exitosa de la estrategia de tratamiento abreviado y supervisión estricta, más conocida como TAES, o el tratamiento de observación directa y corta duración (DOTS). Gracias a estos factores, muchos países están encaminados a cumplir las metas de la Alianza Alto a la Tuberculosis, que requieren detectar el 84% de los casos existentes de tuberculosis contagiosa y tratar exitosamente el 87% de estos casos en 2015 (véanse los gráficos VI.19 y VI.20).

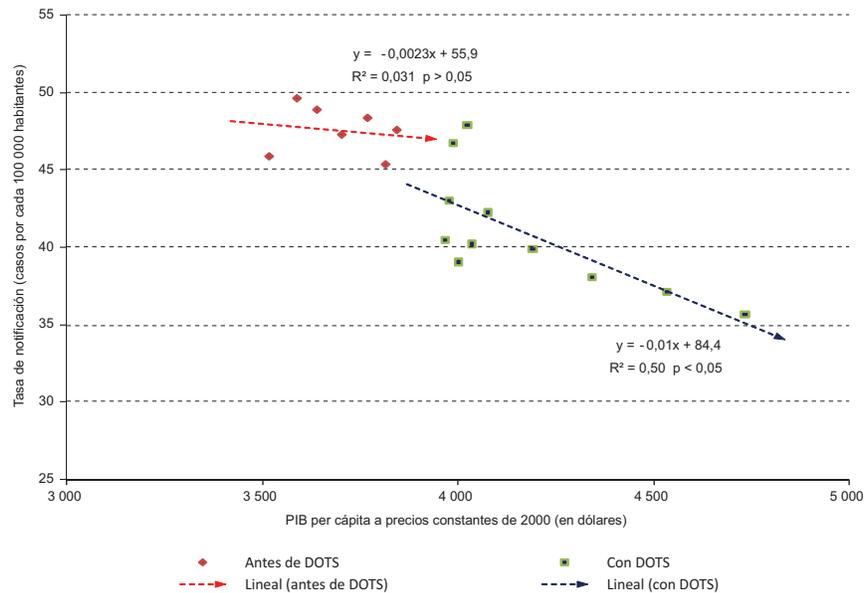
Gráfico VI.19
LAS AMÉRICAS: TENDENCIA DE LA TUBERCULOSIS NOTIFICADA (INDICADOR 6.9 DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO, INCIDENCIA ASOCIADA A LA TUBERCULOSIS), 1987-2009
(Tasas por cada 100.000 habitantes y miles de casos)



Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS), *Global Tuberculosis Control 2009. A short update to the 2009 report* (WHO/HTM/TB/2009.426), Ginebra, 2009.

Junto con el avance en la detección y el tratamiento de la tuberculosis, ha disminuido su prevalencia y la mortalidad conexas. De acuerdo con estimaciones del Programa global de vigilancia y control de la tuberculosis de la Organización Mundial de la Salud, la región de las Américas logró en 2008 reducir a más de la mitad la prevalencia respecto de 1990 —de 89 a 25 por cada 100.000 habitantes— así como la mortalidad —de 10 a 3 por cada 100.000 habitantes—, habiendo cumplido como región con el la meta 6.C del sexto Objetivo de Desarrollo del Milenio, que consiste en haber detenido y comenzado a reducir para el año 2015 la incidencia de la tuberculosis.

Gráfico VI.20
LAS AMÉRICAS: RELACIÓN ENTRE LA INCIDENCIA NOTIFICADA DE TUBERCULOSIS (TODAS LAS FORMAS) Y EL PIB PER CÁPITA, ANTES DEL TRATAMIENTO DE OBSERVACIÓN DIRECTA Y CORTA DURACIÓN (DOTS) (1990) Y POSTERIOR AL TRATAMIENTO (2007)



Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS), *Tuberculosis en las Américas. Reporte regional 2009* (HSD/CD/T/002-10), 2009.

Sin embargo, las cifras de los países de América Latina y el Caribe son muy dispares a este respecto. Los que tienen mayores recursos económicos o programas de control exitosos —la Argentina, el Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba, El Salvador, México, Nicaragua, Panamá, el Perú, Puerto Rico y la República Dominicana— ya alcanzaron la meta relacionada con los Objetivos de Desarrollo del Milenio en 2008. Se estima que países como Colombia, el Estado Plurinacional de Bolivia, Guatemala, Honduras, la República Bolivariana de Venezuela y el Uruguay para alcanzarlas en 2015 deberán realizar actividades encaminadas deliberadamente a controlar la enfermedad y asumir un férreo compromiso político, expresado en el suministro de un financiamiento sostenible. Debido a la epidemia de VIH/SIDA que azota a Belice, Haití, Jamaica y Suriname, la incidencia, prevalencia y mortalidad por tuberculosis han aumentado de manera sostenida y es probable que estos países no logren alcanzar la meta en 2015 (véase el cuadro VI.13).

El control de la tuberculosis en las Américas se basa en la aplicación de la estrategia Alto a la Tuberculosis, que implica abordarla en forma integral y centrada en el enfermo, no limitándose al diagnóstico y el tratamiento de la tuberculosis sensible, sino aplicándola también a las personas o grupos que corren mayores riesgos de enfermedad o muerte, como los infectados con TB/VIH, los afectados por una TB resistente a múltiples drogas de primera línea o de resistencia extensa y, en general, las poblaciones vulnerables y marginales. Paralelamente, se están implementando otras iniciativas que permiten mejorar la respuesta sanitaria e incorporar a todos los proveedores de salud, a fin de lograr un sistema de salud eficiente, que respete los derechos básicos e incentive la participación de los afectados y de las comunidades.

Cuadro VI.13

AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): TASAS DE PREVALENCIA Y MORTALIDAD POR TUBERCULOSIS, TODAS LAS FORMAS (INDICADOR 6.9 DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO, PREVALENCIA Y MORTALIDAD ASOCIADAS A LA TUBERCULOSIS), 1990-2008^a

País	1990		2008 ^b		Cambio porcentual 1990-2008	
	Prevalencia	Mortalidad	Prevalencia	Mortalidad	Prevalencia	Mortalidad
Argentina	74	9,1	22	3,1	-70,3	-65,9
Belice	16	3,1	43	5,1	168,8	64,5
Bolivia (Estado Plurinacional de)	290	37	170	22	-41,4	-40,5
Brasil	98	12	29	3,8	-70,4	-68,3
Chile	11	3	3,6	0,5	-67,3	-83,3
Colombia	59	7,5	37	4,6	-37,3	-38,7
Costa Rica	35	4	2,9	0,5	-91,7	-87,5
Cuba	62	7,1	1,8	0,5	-97,1	-93,0
Ecuador	310	36	110	13	-64,5	-63,9
El Salvador	70	8,8	18	2,7	-74,3	-69,3
Guatemala	120	14	110	12	-8,3	-14,3
Guyana	200	22	110	15	-45,0	-31,8
Haití	280	28	290	32	3,6	14,3
Honduras	140	17	79	9,5	-43,6	-44,1
Jamaica	5,2	1	7,9	0,5	51,9	-50,0
México	130	15	8,4	1,4	-93,5	-90,7
Nicaragua	130	17	26	4,1	-80,0	-75,9
Panamá	44	5,7	14	2,8	-68,2	-50,9
Paraguay	13	3,7	40	5,4	207,7	45,9
Perú	450	53	46	8,7	-89,8	-83,6
Puerto Rico	1,4	1	1,4	0,5	0,0	-50,0
República Dominicana	350	39	95	12	-72,9	-69,2
Suriname	150	17	270	29	80,0	70,6
Uruguay	9,8	1,8	12	1,7	22,4	-5,6
Venezuela (República Bolivariana de)	32	4,3	34	4,3	6,3	0,0
Las Américas	89	10	25	3	-71,9	-70,0

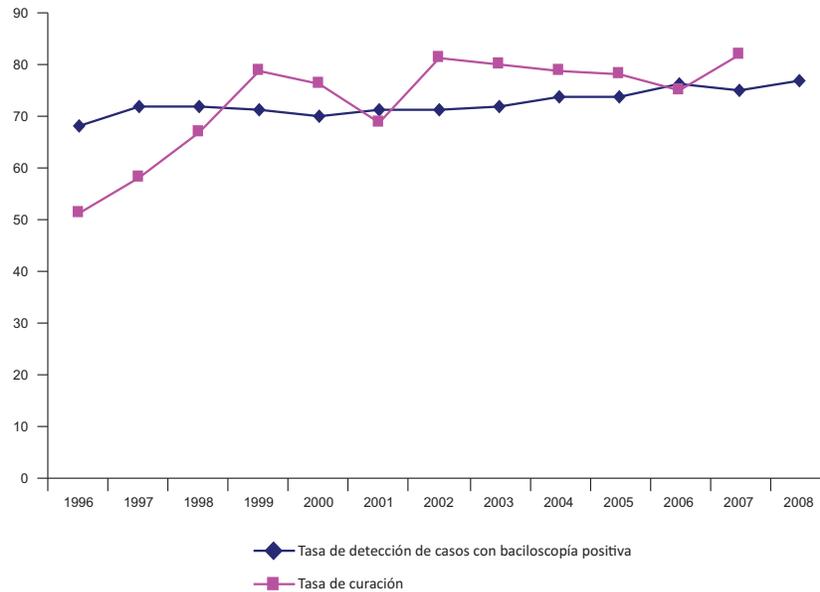
Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS), *Global Tuberculosis Control 2009. A short update to the 2009 report* (WHO/HTM/TB/2009.426), Ginebra, 2009.

^a Tasa de prevalencia = casos por cada 100.000 habitantes; tasa de mortalidad = muertes por cada 100.000 habitantes.

^b Datos estimados, actualizados en el informe de 2009 (OMS, 2009).

La estrategia regional Alto a la Tuberculosis y el Plan mundial Alto a la Tuberculosis 2006-2015 se implementan en la región de las Américas mediante el Plan regional de control de la tuberculosis 2006-2015. Ambos documentos establecen los pasos para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio respecto de la tuberculosis, y constituyen un llamado al compromiso político y a movilizar recursos que, a largo plazo, permitan eliminar la tuberculosis como problema de salud pública. El Salvador es un ejemplo de la aplicación con calidad de la estrategia Alto a la Tuberculosis, ya que ha incrementado la detección de casos de TB y su curación, ha disminuido la letalidad de la TB ligada al VIH y ha reducido las tasas de la TB resistente a múltiples drogas a valores inferiores al 1% (en casos nuevos y previamente tratados). Igualmente, el control de la TB en El Salvador ha contribuido a mejorar la calidad y capacidad de resolución del sistema sanitario en general. Este ejemplo muestra la gran contribución de la estrategia Alto a la Tuberculosis y refuerza la necesidad de su aplicación a escala regional.

Gráfico VI.21
**LAS AMÉRICAS: TENDENCIA DE LA TASA DE TRATAMIENTO EXITOSO
 Y DE LA DETECCIÓN DE CASOS DE TUBERCULOSIS, 1996-2008^a**
 (En porcentajes)



Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS), *Global Tuberculosis Control 2009. A short update to the 2009 report* (WHO/HTM/TB/2009.426), Ginebra, 2009.

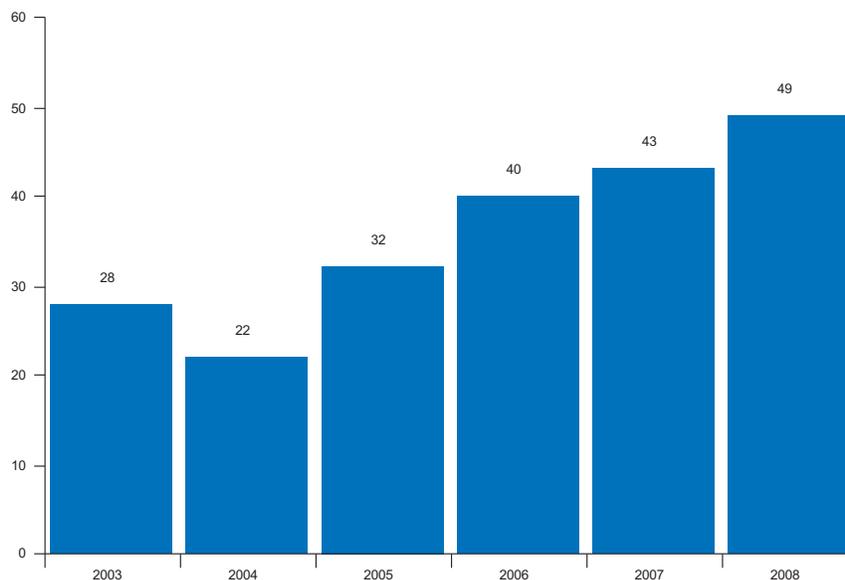
^a Tasa de tratamiento exitoso = porcentaje de casos que se curaron o completaron el tratamiento del total de casos de tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva notificados por año. Tasa de detección de casos = porcentaje de casos de tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva del total de casos de tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva estimados.

El control de la TB en las Américas enfrenta desafíos importantes como la coinfección TB/VIH, la TB-MDR (tuberculosis multirresistente) y la TB en poblaciones marginales y de difícil acceso. En 2008, los países notificaron 17.000 casos coinfectados de TB/VIH y una prevalencia de infección VIH en pacientes con TB del 15%. Sin embargo, solo el 49% de los casos de TB notificados recibieron la prueba del VIH (véase el gráfico VI.22), razón por la cual solo se alcanzó a detectar el 45% de los coinfectados TB/VIH de acuerdo con estimaciones de la OMS. De los 17.000 enfermos coinfectados de TB/VIH, solo el 9% recibieron quimioprofilaxis con trimetoprim/sulfametoxazol y un 53% recibió terapia antirretroviral.

La OMS estima que en las Américas existen anualmente 10.200 casos de TB-MDR, entre casos nuevos y reincidentes. En 2008, se notificó solo el 22%. De acuerdo con encuestas de vigilancia de la resistencia a medicamentos antituberculosos 2004-2007, cuatro países (el Ecuador, Guatemala, el Perú y la República Dominicana) presentaron la mayor cantidad de casos nuevos de TB-MDR. Todos los países en América Latina realizan actividades de diagnóstico y tratamiento de estos casos de acuerdo con directivas internacionales; sin embargo, los esfuerzos son aún insuficientes ante las metas internacionales de diagnosticar y tratar el 80% de los casos en 2015.

Se reconoce la existencia de diversas poblaciones altamente vulnerables a la TB. Se prioriza para su control a las personas privadas de libertad y a las poblaciones indígenas y de barrios marginales de grandes ciudades. Estas poblaciones sufren tasas de TB muy superiores respecto de la población general.

Gráfico VI.22
**LAS AMÉRICAS: PACIENTES NOTIFICADOS CON TUBERCULOSIS QUE RECIBIERON
 LA PRUEBA DEL VIH, 2003-2008**
 (En porcentajes)



Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS), *Global Tuberculosis Control 2009. A short update to the 2009 report* (WHO/HTM/TB/2009.426), Ginebra, 2009.

D. ALGUNAS CONCLUSIONES PARA LAS POLÍTICAS DE SALUD A PARTIR DE LOS LOGROS REGISTRADOS

Estas reflexiones finales se centran estrictamente en algunos aspectos que tienen relevancia particular para la salud que se reflejan en los indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Como demuestra una vasta literatura, el disfrute de la salud excede largamente las políticas sectoriales: el crecimiento económico y el desempeño económico y su volatilidad, la elevada desigualdad de la distribución del ingreso, el acceso a infraestructura básica o los choques asociados con desastres naturales son cruciales. La distribución socioeconómica de la morbilidad y la mortalidad y también la de sus determinantes —como la desnutrición— es muy desigual en la región y torna crucial incorporar estrategias intersectoriales para actuar sobre sus determinantes; en ello los ministerios de salud pueden cumplir un importante papel debido a sus funciones regulatorias. Se requieren sinergias entre diversas políticas que atañen al bienestar —educativas, de vivienda, de ingresos— en un entorno macroeconómico estable y propicio al crecimiento económico y a una mejor distribución de los frutos del desarrollo.

Algunas de estas acciones intersectoriales, a su vez, pueden retroalimentar favorablemente la dinámica del sector salud, en términos de plantear nuevos retos. Por ejemplo, los programas de lucha contra la pobreza, cuando las transferencias condicionadas se supeditan a controles de salud. En ese caso, como muestra la experiencia mexicana, si se quiere mejorar la calidad de la oferta de salud a la que tienen acceso los beneficiarios de las transferencias del programa Oportunidades, se requiere incrementar el financiamiento y fortalecer las instituciones prestadoras (Bertozzi y otros, 2008). Asimismo, en América Latina los programas de transferencias condicionadas en efectivo han producido un aumento en la utilización de servicios preventivos de salud por parte de los beneficiarios de las transferencias. Cabe señalar también que los programas de transferencia deben complementarse con el mejoramiento cuantitativo en los servicios de salud y en el ambiente familiar de los beneficiados (OPS, 2009c).

En términos generales se puede observar un incremento de los programas de protección social en salud que contribuyen al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En el cuadro VI.14 se hace referencia a algunos de estos programas.

Cuadro VI.14
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PROGRAMAS DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD QUE CONTRIBUYEN AL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

Tipo	Nombre	País
Seguro público	Fondo Nacional de Salud	Chile
	Seguro Popular de Salud	México
	Fondo Nacional de Salud	Uruguay
Extensión del seguro social a trabajadores informales	Seguro Social Campesino	Ecuador
	IMSS-Solidaridad	México
Provisión gratuita de servicios de atención primaria	Programa de Salud Familiar	Brasil
	Programa de Salud Familiar	Chile
	Programa Barrio Adentro	Venezuela (República Bolivariana de)
	Programa de Cuidados Obstétricos Gratuitos (SOG)	Haití
Atención maternoinfantil gratuita	Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia	Ecuador
	Seguro Universal Materno-Infantil	Bolivia (Estado Plurinacional de)
	Plan NACER	Argentina
	Seguro Universal de Salud	Perú
Transferencia condicionada de dinero	Bono materno-infantil	Honduras
	Programa OPORTUNIDADES	México
	Bono Solidario	Ecuador
	Bolsa Familia	Brasil
Transferencia condicionada de especies	Plan Nacional de Alimentación Complementaria	Chile

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS), *Esquemas de protección social para la salud materna, neonatal e infantil: lecciones aprendidas de la región de América Latina*, Washington, D.C., 2008.

Como se ha visto, incluso cuando mejoran indicadores como la mortalidad infantil —o la esperanza de vida, que no ha sido tratada acá— persisten en la región e incluso se amplían ciertas brechas de desigualdad. Como sucede en Chile, en donde la brecha de mortalidad infantil aumenta si se consideran los grupos educacionales extremos (Ministerio de Salud de Chile, 2006), o en Colombia, donde, habiendo mejorado la atención prenatal y médica del parto en los últimos años y disminuido las disparidades subnacionales, aún persisten inequidades muy importantes en cuanto a las complicaciones del parto y posparto.

Por estas razones es fundamental trabajar de una manera intersectorial a nivel subnacional, en los municipios o cantones más vulnerables favoreciendo de esta manera los procesos de descentralización y dando visibilidad a los desafíos de la inequidad que requieren esfuerzos adicionales para reducir la desigualdad de acceso a la salud. A lo largo del capítulo se ha hecho referencia a los desafíos pendientes en materia de la integralidad de las políticas, consideración de la diversidad cultural, buena ejecución de programas específicos, entre otros de salud sexual y reproductiva, y de control de las enfermedades infecciosas y de atención a los pacientes que las padecen, y cabe reiterarlos acá. Es necesario trabajar simultáneamente en las áreas de gestión, financiamiento, aseguramiento y prestación de servicios, en una sintonía que busca contribuir a la equidad (OPS, 2002).

Los sistemas de salud de la región se caracterizan por una gran segmentación de sus prestaciones que refleja patrones discriminatorios y por una fragmentación de sus subsistemas que dificulta las intervenciones eficaces en función de los costos y del uso eficiente de recursos, en línea con buenos mecanismos de referencia y contrarreferencia. La población no afiliada a sistemas contributivos o sin capacidad de pago generalmente tiene las prestaciones del sector público como única cobertura y, muy marginalmente, algunas prestaciones de organizaciones sin fines de lucro. Para poder cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio es precisamente esta población la que debe estar en la mira de las políticas públicas. Preocupa en la región que vastos sectores de la población desprovistos de aseguramiento y sin mayor acceso a servicios de salud carezcan de capacidad de pago alguna cubrir

parte de estas necesidades de salud como parece indicar el alto gasto reprimido de bolsillo en salud, tal como se mostró en otro informe interagencial reciente (CEPAL, 2008).

Para fortalecer y expandir el aseguramiento de los riesgos de salud y alcanzar niveles más elevados de solidaridad es central considerar la integración del financiamiento de los sistemas. Los sistemas de aseguramiento deben evitar la selección de riesgos y es necesario progresar hacia coberturas equitativas aseguradas. En segundo lugar, es necesaria una mayor eficiencia mediante la contención de costos, los mecanismos de compra apropiados y la regulación del sistema. Por otra parte, la mejora efectiva de la cobertura de servicios de salud para toda la población requiere políticas de salud pública, entre las que se destacan la expansión de la atención primaria y una adecuada coordinación de servicios descentralizados, que incluya la compensación de brechas entre regiones. Si bien los países de la región presentan diversas formas y grados de interrelación entre el financiamiento contributivo y no contributivo en salud, puede considerarse que una mayor integración entre la seguridad social y el sistema público permite mayores sinergias, lo que mejora el financiamiento de la solidaridad y promueve una mayor equidad. Asimismo, la articulación entre la seguridad social y los sistemas públicos puede tener un efecto positivo en la eficiencia si la integración de los subsistemas trae consigo un mejor aprovechamiento de la capacidad instalada y facilita la racionalización del uso de los recursos mediante mejoras en la gestión y administración de los subsistemas (CEPAL, 2006a).

Los retos para ampliar la cobertura de los sistemas de salud son múltiples. Visto el carácter excluyente de los mercados de trabajo de la región, no basta con proponer una estrategia de financiamiento de carácter fiscal para los países con regímenes contributivos de baja cobertura. Si se tiene en el horizonte la solidaridad del financiamiento, la progresividad del sistema tributario es crucial. Además, como ha demostrado el caso del Brasil, los recursos fiscales destinados a la salud requieren protección. Por otra parte, en el caso de los sistemas contributivos, hay ámbitos que se pueden explorar para ampliar la cobertura; por ejemplo, se requiere un fortalecimiento institucional para vencer resistencias e inercias enquistadas dentro de los propios aparatos ante reformas que busquen incrementar la equidad y adentrarse en reformas polémicas, como la ruptura de los techos de las cotizaciones para avanzar hacia la universalización de la salud y la solidaridad de su financiamiento. Hay techos de cotización bajísimos, como en Nicaragua, y más aún en Honduras, donde se sitúan por debajo del salario mínimo. Asimismo, las encuestas de hogares en algunos países muestran que hay ocupados en el sector informal u hogares receptores de remesas que tendrían capacidad para cotizar de existir un régimen subsidiado (Carrera, Castro y Sojo, 2009).

Las reformas de salud en la región han seguido un derrotero muy diverso y han estado sometidas a diversas restricciones de orden político y económico. Pero es auspicioso constatar que la ortodoxia en materia de reformas parece haber quedado atrás. En Chile, que implementó la reforma más radical de la región en términos del socavamiento de los principios de solidaridad y de universalidad, la modificación más importante de los últimos años refiere a la introducción de garantías de financiamiento y de oportunidad respecto de una serie de prestaciones de alto impacto y algunas de ellas de alto costo, que incrementan la solidaridad y que son un importante paso en la perspectiva de derechos. La prestación garantizada, que se encarna en el denominado Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (plan AUGE), se da en el marco de una modificación del sistema dual, regulando en alguna medida la selección adversa que venían ejerciendo las ISAPRES y estableciendo garantías para una gama de prestaciones. Vista en el concierto latinoamericano, se trata de una de las experiencias más avanzadas, precisamente por el tipo de garantías que se establecen: de cobertura, protección financiera, de oportunidad y de acceso. En términos de derechos, he ahí una especificación mucho mayor sobre los alcances, las obligaciones, los sujetos deudores de estos derechos y los instrumentos de garantía o de protección. Respecto de la mortalidad infantil que se ha analizado, llama la atención que al ponerse en práctica el plan hubo más atenciones en casos de prematuridad vinculadas a las garantías que las proyectadas, lo que llama la atención sobre la capacidad de respuesta que tenía el sistema de salud.

Otra experiencia de ampliación de la cobertura es el Seguro Popular de Salud (SPS) de México, que no aborda la segmentación del sistema de aseguramiento porque se adiciona sin modificar la arquitectura previa, ya que las garantías de financiamiento están respaldadas por recursos propios adicionales, canalizados a los prestadores de una manera muy compleja. El SPS implica modificaciones institucionales que suponen fortalecer los centros de salud públicos y modifica la combinación público-privada porque abre más la participación a los prestadores privados.

Por otra parte, y tal como lo ha reiterado la OPS, deben ampliarse los sistemas de salud basados en la atención primaria. Esto significa fortalecer un enfoque amplio de la organización y operación de los sistemas de salud, que hace del derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible su principal objetivo, al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad del sistema. Un sistema de salud de esta naturaleza pone el énfasis en la prevención y la promoción y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción en materia de salud, al tiempo que promueve acciones intersectoriales para abordar otros determinantes de salud. Este enfoque implica incrementar la inversión en programas de salud pública, combinando mayores recursos fiscales y su mejor uso o el incremento de las contribuciones sociales (OPS, 2003, 2007c).

En este campo, conforme mejoran los indicadores de salud, se hace patente que la atención primaria de modo alguno es sinónimo de atención no compleja, ya que al avanzar en el bienestar, las tareas a acometer en este plano también son más desafiantes (por ejemplo, para atender las patologías perinatales, o para tratar a los enfermos crónicos de SIDA). Ello además en circunstancias de que a pesar de que en algunos países pobres las enfermedades infecciosas siguen teniendo mucho peso, cada vez son más importantes las dolencias crónicas y degenerativas.

De allí que deba ampliarse la capacidad resolutoria de la atención primaria, mejorarse los sistemas de referencia y contrarreferencia, e incluso modificarse la mirilla con que en ocasiones se ha tratado la atención primaria. Por ejemplo, el pertinente énfasis en lo preventivo no debe invisibilizar o contraponerse a la necesidad de tener una buena capacidad para proveer atención de urgencia en este nivel (Haggerty y otros, 2009). Respecto de los indicadores aquí estudiados, ello es fundamental para encarar la estancada mortalidad materna.

Debe actuarse en varios frentes. En varios países para avanzar hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio es evidente la necesidad de elevar los recursos que se destinan a la salud. Por ejemplo, respecto del eficaz tratamiento DOTS de la tuberculosis, en países como el Ecuador, Guatemala, Haití, Jamaica y el Perú se requeriría destinar recursos significativos (Bitrán y otros, 2008).

Otra complejidad es no crear “tierras de nadie” en lo preventivo. Por ejemplo, la experiencia de Colombia muestra que las reformas que suponen separaciones de funciones o bien un cambio de atribuciones para los entes de salud, y debe velarse porque queden claramente definidos la responsabilidad y los recursos de los esquemas de vacunación. Es así como la OPS detectó de manera pionera en Colombia deterioros de las coberturas de vacunación desde 1997, especialmente en los departamentos con inferiores condiciones de vida y en las áreas rurales, tendencia que fue confirmada por estudios posteriores realizados en el sector rural y en los grupos más pobres. A pesar de que no se recuperan aún los niveles iniciales, la mayor cobertura lograda en los últimos cinco años ha estado acompañada también de una mejora en la equidad regional. Es decir, que las rectificaciones emprendidas —aunque no sean cabales— ya han tenido efectos positivos (Flores y otros, 2007).

Un aspecto muy importante del futuro de la salud tiene que ver con la manera en que este sector interactúa con las reformas de descentralización. En el Brasil, por ejemplo, los municipios son ahora muy importantes en el financiamiento de prestación de servicios. Es decir, que los procesos de descentralización financiera son muy importantes o bien en México, donde el Seguro Popular en Salud también está relacionado con la descentralización desde el punto de vista del financiamiento y la prestación de servicios.

La región no parece estar a la altura de los riesgos covariados derivados de catástrofes naturales de gravedad, con impacto en el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que afectan la infraestructura en salud e incrementan la demanda hacia el sistema producto de los accidentes, cuadros de morbilidad asociados con estrés postraumático y la precariedad habitacional relacionada con el daño y destrucción de viviendas. Debido a su baja frecuencia, se ha subestimado el impacto de estos choques, cuyas serias consecuencias para el sector salud perduran muchos años. Ello llama la atención sobre la necesidad de invertir en el refuerzo de la infraestructura de salud para incrementar su resistencia a catástrofes naturales.

A la histórica discriminación de importantes grupos de la población como los indígenas y afrodescendientes, se suman nuevas formas de discriminación, como las relacionadas con enfermedades como el SIDA en su dimensión crónica, que abren nuevos desafíos en materia de derechos y de legislación.

Bibliografía

- ACNUDH/OMS (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos/Organización Mundial de la Salud) (2008), “El derecho a la salud”, *Folleto informativo*, N° 31, Ginebra.
- Argentina, Ministerio de Salud y Ambiente (2005), *Boletín sobre VIH/SIDA en la Argentina: estudio sobre comportamiento e información en relación con el VIH/SIDA e ITS en población aborigen*, año 10, N° 24, Buenos Aires.
- Banco Mundial (2003), *Gender Equality and the Millennium Development Goals*, Washington, D.C.
- Bergsj, P. (2001), “What is the evidence for the role of antenatal care strategies in the reduction of maternal mortality and morbidity? Safe motherhood strategies: a review of the evidence,” *Studies in Health Services, Organization and Policy*, N° 17, V. De Brouwere y E. Van Lerberghe (eds).
- Bertozzi, Stefano M. y otros (2008) “Evaluación de la calidad de los servicios de atención a la salud asignados a la población beneficiaria de Oportunidades”, ponencia en el seminario Desigualdad socioeconómica y el derecho a la salud en América Latina y el Caribe, en una perspectiva internacional, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), noviembre [en línea] <http://media.eclac.cl/presentaciones/dds/DesigualdadSocioeconomica/JuanPabloGutierrez/JuanPabloGutierrez.html>.
- Bitrán, Ricardo y otros (2008), “Estimación del costo de alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio en salud en algunos países de América Latina y el Caribe”, *serie Políticas sociales*, N° 144 (LC/L.2966-P/E), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Bombereau, G. y C. F. Allen (2008), “Social and cultural factors driving the HIV epidemic in the Caribbean”, St. Augustine, Trinidad y Tabago, Caribbean Health Research Council.
- Carrera Fernando, María Castro y Ana Sojo (2009), “Progresar hacia la equidad. Sinopsis de algunos retos del financiamiento de la salud y las pensiones en Guatemala, Nicaragua y Honduras”, *Hacia la universalidad, con solidaridad y eficiencia: el financiamiento de la protección social en países pobres y desiguales*, Ana Sojo (ed.), serie Seminarios y conferencias, N° 55 (LC/L.3034-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), mayo. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.09.II.G.39.
- CELADE-División de Población de la CEPAL (2009), *Observatorio demográfico*, N° 7, Santiago de Chile.
- _____ (2010a), *Población y salud en América Latina y el Caribe: retos pendientes y nuevos desafíos* (LC/L.3216(CEP.2010/3)), Santiago de Chile.
- _____ (2010b), “América Latina: avances y desafíos de la implementación del Programa de Acción de El Cairo, con énfasis en el período 2004-2009”, *documentos de proyectos*, N° 317 (LC/W.317), Santiago de Chile.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2010), “Appraisal and conclusions from the 1994-2009 Review of the Implementation of the Cairo Programme of Action in the Caribbean”, *documentos de proyectos*, N° 318 (LC/W.318), Santiago de Chile.
- _____ (2008), *Objetivos de Desarrollo del Milenio. La progresión hacia el derecho a la salud en América Latina y el Caribe* (LC/G.2364/Rev.1), Santiago de Chile.
- _____ (2006a), *La protección social de cara al futuro* (LC/G.2294(SES.31/3)), Santiago de Chile.
- _____ (2006b), “Pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina y el Caribe: información sociodemográfica para políticas y programas”, *documentos de proyectos*, N° 72 (LC/W.72), Santiago de Chile.
- _____ (1996), Plan de Acción Regional Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo, Santiago de Chile.
- CEPAL/OIJ (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Organización Iberoamericana de Juventud) (2008), *Juventud y cohesión social en Iberoamérica: un modelo para armar* (LC/G.2391), Santiago de Chile.
- CEPAL/UNFPA (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Fondo de Población de las Naciones Unidas) (2009), “Review and Appraisal of the Implementation of the Cairo Programme of Action in the Caribbean 1994-2009” (DDR/2), documento presentado en el seminario regional Avances y acciones clave para la implementación del Programa de Acción de El Cairo, a 15 años de su aprobación, octubre.
- De María, Lisa y otros (2009), “Educación sobre sexualidad y prevención del VIH: un diagnóstico para América Latina y el Caribe”, *Revista panamericana de salud pública*, vol. 26, N° 6.
- Del Popolo, Fabiana y Ana María Oyarce (2005), “Población indígena de América Latina: perfil sociodemográfico en el marco de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y de las metas del Milenio”, *Notas de población*, N° 79 (LC/G.2284-P/E), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

- Flórez, Carmen Elisa y otros (2007), *Avances y desafíos de la equidad en el sistema de salud colombiano*, Bogotá, Fundación Corona.
- Gobierno de Guyana (2007), *Guyana. Millennium Development Goals 2007* [en línea] <http://www.undg.org/docs/7665/Guyana%20MDG%20Report%202007.pdf>.
- Gobierno de Jamaica (2004), *Millennium Development Goals Jamaica*, abril.
- Haggerty, J.L., Natalia Yavich y Ernesto Báscolo (2009), “Un marco de evaluación de la atención primaria de salud en América Latina”, *Revista panamericana de salud pública*, vol. 26, N° 5, Washington, D.C.
- Hogan, Margaret y otros (2010), “Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5”, *The Lancet*, 12 de abril.
- Jiménez, Maren y otros (2008), “La reducción de la mortalidad infantil en América Latina y el Caribe: avance dispar que requiere respuestas variadas”, *Boletín Desafíos*, N° 6, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).
- Macinko, James, Frederico C Guanais y Maria de Fatima Marinho de Souza (2006), “An evaluation of the impact of the family health program on infant mortality in Brazil, 1990-2002”, *Journal of Epidemiology and Community Health*, N° 60.
- Magis, C. y otros (2006), “VIH/SIDA y pueblos indios: situación actual en México”, *Proceedings of the International Forum on HIV/AIDS and Indian Populations*, Metepec, 30 de mayo a 3 de junio.
- Minujin, Alberto y Enrique Delamonica (2003), “Mind the gap! Widening child mortality disparities”, *Journal of Human Development*, vol. 4, N° 3, noviembre.
- Naciones Unidas (2010), *Progresos realizados en la aplicación de la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA y la Declaración política sobre el VIH/SIDA. Informe del Secretario General (A/64/735)*, Nueva York.
- _____ (2009), *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2009*, Nueva York.
- _____ (2008a), *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2008*, Nueva York.
- _____ (2008b), “World Population Prospects. The 2008 revision”, División de Población.
- _____ (2007), *Objetivos de desarrollo del Milenio. Informe 2007*, Nueva York.
- _____ (2005), *Objetivos de Desarrollo del Milenio: una mirada desde América Latina y el Caribe (LC/G.2331)*, J.L. Machinea, A. Bárcena y A. León (coords.), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- _____ (1994), Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 5 a 13 de septiembre.
- OECD/PNUD (Organización de Estados del Caribe Oriental/Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo) (2008), “British Virgin Islands, Millennium Development Goals. A Plan of Action for Localising and Achieving the Millennium Development Goals (MDGs)” [en línea] <http://www.oecs.org/doc-lib/social-policy>.
- _____ (2006), “Saint Kitts and Nevis. Millennium Development Goals. A Plan of Action for Localising and Achieving the Millennium Development Goals (MDGs)” [en línea] http://www.eclac.cl/MDG/noticias/paginas/2/35552/MDG_Report_-_St_Kitts_2006.pdf.
- OIM (Organización Internacional para las Migraciones) (2004), *VIH/SIDA y poblaciones móviles en el Caribe: evaluación básica*, junio.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2009), *Global Tuberculosis Control 2009. A short update to the 2009 report (WHO/HTM/TB/2009.426)*, Ginebra.
- _____ (2008a), *Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud: Más necesaria que nunca*, Ginebra.
- _____ (2008b), *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*, Ginebra, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud.
- _____ (2007), *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO'S Framework for Action*, Ginebra.
- OMS/ONUSIDA/UNICEF (2009), *Towards Universal Access. Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector. Progress report 2009*, Ginebra.
- OMS/UNFPA (Organización Mundial de la Salud/Fondo de Población de las Naciones Unidas) (2008), “National-level Monitoring of the Achievement of Universal Access to Reproductive Health: Conceptual and practical considerations and related indicators. Report of a WHO/UNFPA Technical Consultation”, Ginebra, 13 a 15 de marzo de 2007.

- ONUSIDA (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida) (2010), “Medición del Gasto en SIDA: avances y retos de la respuesta latinoamericana al VIH”, Equipo Regional de ONUSIDA para América Latina.
- _____ (2009a), *Qué necesitan los países: las inversiones requeridas para alcanzar las metas de 2010* [en línea] http://data.unaids.org/pub/Report/2009/jc1681_what_countries_need_es.pdf.
- _____ (2009b), “Acción conjunta para obtener resultados. Marco de resultados del ONUSIDA de 2009 a 2011” [en línea] http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/sida/accion_conjunta_para_obtener_resultados_2009-2011.pdf.
- _____ (2008), “Keeping scores II. A progress report towards universal access to HIV prevention, treatment, care and support in the Caribbean”.
- ONUSIDA/OMS (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida/ Organización Mundial de la Salud) (2009), *Situación de la epidemia de SIDA*, diciembre.
- _____ (2008), *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA, 2008*.
- ONUSIDA/OPS/UNICEF (2009), *Retos planteados por la epidemia del VIH en América Latina y el Caribe 2009* [en línea] <http://www.onusida-latina.org/pdf/retos-planteados-por-latinoamerica-y-caribe.pdf>.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (2009a), *Tuberculosis en las Américas. Reporte regional 2009 (HSD/CD/T/002-10)*.
- _____ (2009b), *Health Situation in the Americas. Basic Indicators*, Washington, D.C.
- _____ (2009c), *Diálogo entre Ministros. La recesión Mundial y los ODM: ¿De qué manera la crisis económica puede afectar el cumplimiento de los ODM?*, Washington, D.C.
- _____ (2008a), *Esquemas de protección social para la salud materna, neonatal e infantil: lecciones aprendidas de la región de América Latina*, Washington, D.C.
- _____ (2008b), *Derechos humanos y salud. Personas que viven con VIH/SIDA*, Washington, D.C.
- _____ (2007a), *La salud de las Américas*, Washington, D.C.
- _____ (2007b), *Rostros, voces y lugares: respuesta desde las comunidades a los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Estrategia de lo local a lo regional*, 27ª Conferencia Sanitaria Panamericana, 59ª sesión del Comité Regional, Washington, D.C., 1 a 5 de octubre.
- _____ (2007c), *La renovación de la atención primaria de salud en las Américas*, Washington, D.C.
- _____ (2007d), *Health Situation in the Americas. Basic Indicators*, Washington, D.C.
- _____ (2006), *Alianza estratégica para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio*, 47º Consejo Directivo, 58ª Sesión del Comité Regional, Washington, D.C., 25 a 29 de septiembre.
- _____ (2005), *Objetivos de Desarrollo del Milenio y metas de salud*, 45º Consejo Directivo, 56ª sesión del Comité Regional, resolución CD45.R3, Washington, D.C., 27 de septiembre a 1 de octubre.
- _____ (2003), “Atención primaria de salud en las Américas: las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros” (CD44/9), documento presentado al cuadragésimo cuarto Consejo Directivo, Washington, D.C., 22 al 26 de septiembre.
- _____ (2002), “Ampliación de la protección social en materia de salud: iniciativa conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo”, (CSP26.R19), vigésima sexta Conferencia Sanitaria Panamericana, Washington, D.C., 23 al 27 de septiembre.
- OPS/CELADE (Organización Panamericana de la Salud/Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía-División de Población de la CEPAL) (2010), *Atlas regional de vulnerabilidad subnacional y su impacto en la salud. América Latina y el Caribe*, Washington, D.C.
- Ortiz, M. (2002), “¿De qué mueren las mujeres?”, *Agenda Salud. ISIS Internacional*, N° 28 octubre/diciembre.
- Paxton, A. y otros (2006), “Global patterns in availability of emergency obstetric care”, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 93.
- PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo) (2004), *Regional Report on the Achievement of the Millennium Development Goals in the Caribbean Community*, Trinidad y Tabago, septiembre.
- PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo)/Ministerio de Desarrollo Social, Gobierno de Belice (2005), “First Millennium Development Goals Report. Belize 2004”, julio [en línea] http://www.undg.org/archive_docs/6593-Belize_MDG_Report.doc.
- REDTRASEX (Red de Trabajadoras Sexuales) (2005), “Derechos humanos, VH/SIDA y las trabajadoras sexuales”.
- República Dominicana, Secretaría de Salud (2008), Encuesta de Vigilancia de Comportamiento Sexual de Riesgo con Vinculación Serológica.
- República Dominicana (2007), Encuesta Demográfica y de Salud 2007 (ENDESA).

- Scholnik, Susana (2010), “La inclusión del enfoque étnico en los censos de población de América Latina”, *Notas de población*, N° 89 (LC/G.2427-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- SCN (Comité Permanente de Nutrición) (2004), *On the World Nutrition: Nutrition for Improved Development Outcomes. Fifth Report*, Ginebra.
- Secretaría de Salud de Honduras (2006), *Encuesta Centroamericana de vigilancia de comportamiento sexual y prevalencia de ITS en poblaciones vulnerables*.
- Traa Valarezo, X. (2004), “América Central: proyecto regional de VIH/SIDA; evaluación social y estrategia para pueblos indígenas y afro-descendientes”, Washington, D.C., Banco Mundial.
- UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas) (2007), *Estado de la población mundial 2007. Liberar el potencial del crecimiento urbano*, Nueva York.
- UNFPA/EAT (Fondo de Población de las Naciones Unidas/Equipo de Apoyo Técnico para América Latina) (2004), “Pobreza, salud sexual y reproductiva y derechos humanos,” México, D.F., diciembre. UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) (2008), *Trinidad and Tobago. Monitoring the situation of children and women. Multiple Indicator Cluster Survey 3, Final Report 2008*.
- _____ (2007), *Jamaica. Monitoring the situation of children and women. Multiple Indicator Cluster Survey, 2005*.
- _____ (2006a), *Belice. Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS) and Millennium Development Goals (MDG) Indicators*.
- _____ (2006b), *Guyana. Monitoring the situation of children and women. Multiple Indicator Cluster Survey*.
- UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) (2009), *La infancia y el sida: cuarto inventario de la situación*.
- UNICEF/UNFPA (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia/Fondo de Población de las Naciones Unidas) (2010), “Inequidades en salud materno infantil en el Área Metropolitana de Buenos Aires”.
- UNIFEM/OPS/CIM (Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer/Organización Panamericana de Salud/Comisión Interamericana de Mujeres) (2009), “Las múltiples caras de las intersecciones entre el VIH y la violencia contra las mujeres” [en línea] <http://www.dvcn.org/Documents/VIHVCMES09.pdf>.
- Winkler, D. y S. Cueto (2004), *Etnicidad, raza, género y educación en América Latina*, Lima, Programa de Promoción de la Reforma Educativa en América Latina y el Caribe (PREAL).
- Zavaleta, C. y otros (2007), “High prevalence of HIV and syphilis in a remote, native community of the Peruvian Amazon”, *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, N° 76.