

Informe final sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud en la Región de las Américas



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Informe final sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud en la Región de las Américas



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Washington, D.C. 2017

Catalogación en la Fuente, Biblioteca Sede de la OPS

Organización Panamericana de la Salud

Informe final sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud en la Región de las Américas.
Washington D.C. : OPS, 2017.

1. Objetivos de Desarrollo del Milenio. 2. Determinantes Sociales de la Salud. 3. Objetivos de Desarrollo Sostenible. 4. Políticas Públicas de Salud. 5. Equidad en Salud. 6. Américas. I. Título.

ISBN: 978-92-75-31878-2

(Clasificación NLM: WA30)

© Organización Panamericana de la Salud 2017

Todos los derechos reservados. Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) están disponibles en su sitio web en (www.paho.org). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones, deberán dirigirse al Programa de Publicaciones a través de su sitio web (www.paho.org/permissions).

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

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

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

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

ABREVIATURAS

AIEPI	atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia
AMI	Iniciativa contra la Malaria en la Amazonía
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CELAC	Comunidad de Estados de América Latina y el Caribe
CELADE	Centro Latinoamericano de Demografía
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
COMISCA	Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
FMI	Fondo Monetario Internacional
GCTH	Grupo de Colaboración Técnica Horizontal
GLAAS	Análisis y evaluación mundiales del saneamiento y el agua potable
IGME	Grupo Interinstitucional para la Estimación de la Mortalidad en la Niñez
IHME	Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria
INCAP	Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá
MTI	mosquitero tratado con insecticida
MERCOSUR	Mercado Común del Sur
MMEIG	Grupo Interinstitucional para la Estimación de la Mortalidad Materna
OCDE	Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OECS	Organización de los Estados del Caribe Oriental
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PSA	planes de salubridad del agua
SDE	Programa Especial de Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud (OPS)
TMC	transferencia monetaria condicionada
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VIH	virus de la inmunodeficiencia humana

Proceso editorial

Coordinación

Cristina Nogueira

Supervisión

Luiz A. Galvao, Francisco Becerra y Merle Lewis

Autores principales

Cristina Nogueira, César Johan Pereira-Victorio e Isaac Cohen

El presente informe fue elaborado por el Programa Especial de Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud (OPS/OMS) con arreglo al mandato de los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Para preparar el primer borrador se solicitó información a las áreas técnicas implicadas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y a la Unidad de Información y Análisis de Salud de la OPS. El material preparado inicialmente fue redactado por los autores principales y complementado posteriormente con información obtenida de la Organización Mundial de la Salud (OMS); el Banco Interamericano de Desarrollo (BID); la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL); el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); el Fondo Monetario Internacional (FMI); la iniciativa Análisis y evaluación mundiales del saneamiento y el agua potable (GLAAS); el Grupo Interinstitucional para la Estimación de la Mortalidad en la Niñez (IGME); el Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria (IHME); las Naciones Unidas; el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA); el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA); la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), y el Grupo Interinstitucional para la Estimación de la Mortalidad Materna (MMEIG).

El primer borrador fue examinado por las representaciones de la OPS en los países, los asesores regionales de las áreas técnicas implicadas en los ODM y el Programa Especial de Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud. El segundo fue enviado a los representantes de la OPS/OMS en los países y a los asesores regionales para la aprobación de este informe final.

Agradecimientos

Agradecemos la labor conjunta realizada por las representaciones en los países, las áreas técnicas interesadas en los ODM, los asesores regionales y el equipo técnico y administrativo del Programa Especial de Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud.

El presente informe no hubiera sido posible sin la valiosa colaboración de las siguientes personas: Mónica Alonso (CHA/HT), Brenda Bolaños (HSS), Betzabé Butrón (FGL/HL), Sonja Caffè (FGL/HL), Gerardo Castellanos (CHA), Caitlin Cook (SDE); Gerardo de Cosío (CHA/HA), Bremen de Mucio (CLAP), Mirta del Granado (CHA/HT), Sebastião Junior H. Duarte (SDE), Donna Eberwine (CMU.ME), Rainer Escalada (CHA/VT), Marcos Espinal (CHA), José Escamilla (CHA/HA), James Fitzgerald (HSS), Kira Fortune (SDE), Derek Fromson (CMU), Andrea Gerger (CHA/HA), Massimo Ghidinelli (CHA), Rubén Grajeda (NMH/FR), Mariela Licha Salomón, Chessa Lutter (NMH), Lauren Mathae (SDE); Teófilo Monteiro (ETRAS), Oscar Mujica (SDE), Bola Olayele (CMU), María Paz Ade (CHA/VT), María Luz Pombo (HSS/MT), Analía Porrás (HSS), Julietta Rodríguez-Guzmán (SDE), Daniel Rodríguez (RFV), Cuauhtémoc Ruiz (FGL), Suzanne Serruya (CLAP), Prabjoth Singh (CHA/VT), Ary Silva (CMU), Agnes Soãres (SDE), Patricia Solís (CHA/HA) y los representantes de la OPS/OMS en los países.

Vaya, además, un reconocimiento especial para Vanessa García por su revisión preliminar de los documentos de los Cuerpos Directivos de la OPS relacionados con los ODM, así como para Janet Khoddami, Jenny Sherr, el Servicio de Traducción de la OPS y Miki Fernández, de Ultradesigns, por su eficiente colaboración en la preparación de este informe. A todos y cada uno les quedamos profundamente agradecidos.

Fotos 1, 2, 6 y 7 de la portada: Thinkstock.com

ÍNDICE

ABREVIATURAS	iii
ÍNDICE	v
PREFACIO	1
RESUMEN	3
La colaboración regional en pro de la salud antes de la Declaración del Milenio.....	5
La medición del progreso hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio	5
INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO I. El progreso regional hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, 1990-2015	7
ODM 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre	7
<i>Meta 1.C: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, la proporción de personas que padecen hambre</i>	7
Indicador 1.8. Prevalencia de niños menores de 5 años con peso inferior al normal.....	7
Indicador 1.9. Proporción de la población por debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria	8
ODM 1: Contribuciones de la Organización Panamericana de la Salud	9
ODM 4: Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años	12
<i>Meta 4.A: Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años</i>	12
Indicador 4.1. Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años.....	12
Indicador 4.2. Tasa de mortalidad de niños menores de 1 año	14
Indicador 4.3. Proporción de niños de 1 año vacunados contra el sarampión	15
ODM 5: Mejorar la salud materna	19
<i>Meta 5.A: Reducir, entre 1990 y 2015, la razón de mortalidad materna en tres cuartas partes</i>	19
Indicador 5.1. Razón de mortalidad materna	19
Indicador 5.2. Proporción de partos con asistencia de personal de salud calificado.....	20
<i>Meta 5.B: Lograr, para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva</i>	21
Indicador 5.3. Tasa de uso de anticonceptivos.....	21
Indicador 5.4. Tasa de fecundidad entre las adolescentes.....	21
Indicador 5.5. Cobertura de atención prenatal (al menos una consulta y al menos cuatro consultas).....	22
Indicador 5.6. Necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar	22
Contribuciones al ODM 5	23
ODM 6: Combatir el VIH/sida, la malaria y otras enfermedades	26
Infección por el VIH/Sida	26

<i>Meta 6.A: Haber detenido y comenzado a reducir, para el 2015, la propagación del VIH/sida.....</i>	26
Indicador 6.1. Prevalencia de la infección por el VIH entre las personas de 15 a 24 años.....	26
Indicador 6.2. Uso de preservativos en la última relación sexual de alto riesgo.....	28
Indicador 6.3. Proporción de la población de 15 a 24 años que tiene conocimientos amplios y correctos sobre el VIH/sida.....	28
<i>Meta 6.B: Lograr para el año 2010 el acceso universal al tratamiento del VIH/sida para todas las personas que lo necesiten.....</i>	29
Indicador 6.5. Proporción de la población portadora del VIH con infección avanzada que tiene acceso a medicamentos antirretrovíricos.....	29
Contribuciones al control de la infección por el VIH/sida.....	29
La malaria.....	31
<i>Meta 6.C: Haber detenido y empezado a revertir, para el año 2015, la incidencia de la malaria y otras enfermedades graves.....</i>	31
Indicador 6.6. Tasas de incidencia y mortalidad asociadas con la malaria.....	31
Indicador 6.7. Contribuciones al control de la malaria.....	32
La tuberculosis.....	34
Indicador 6.9. Tasas de incidencia, prevalencia y mortalidad asociadas a la tuberculosis.....	34
Indicador 6.10. Proporción de casos de tuberculosis detectados y curados con el tratamiento breve bajo observación directa.....	35
Contribuciones al control de la tuberculosis.....	36
ODM 7: Garantizar la sostenibilidad del medioambiente.....	39
<i>Meta 7.C: Reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas sin acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento.....</i>	39
Indicador 7.8. Proporción de la población que utiliza fuentes mejoradas de abastecimiento de agua potable.....	40
Indicador 7.9. Proporción de la población que utiliza servicios de saneamiento mejorados.....	41
Contribuciones para fomentar el abastecimiento de agua potable y saneamiento básico.....	42
ODM 8: Fomentar una alianza mundial para el desarrollo.....	45
Aspectos económicos.....	45
Contribuciones en materia de financiamiento.....	45
<i>Meta 8.E: En cooperación con las compañías farmacéuticas, proporcionar acceso a medicamentos esenciales asequibles en los países en desarrollo.....</i>	46
Indicador 8.13. Proporción de la población con acceso sostenible a medicamentos esenciales a precios asequibles.....	46
CAPÍTULO II. Inequidad y salud: los determinantes básicos de la salud en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.....	51
Bajo la lupa: el género y la desigualdad.....	54
La pobreza y la desigualdad.....	51

CAPÍTULO III. Reflexiones en torno a la experiencia en la Región y enseñanzas extraídas	57
ODM 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre	57
ODM 4: Mejorar la salud del niño	59
ODM 5: Mejorar la salud materna	60
ODM 6: Combatir la infección por el VIH/sida, la malaria y la tuberculosis	62
ODM 7: Garantizar la sostenibilidad ambiental	65
ODM 8: Establecer una alianza mundial para desarrollo	66
Otras enseñanzas	67
<i>La inversión en el personal de salud</i>	67
<i>Los sistemas de información, la generación de evidencia, la creación de consenso y la toma de decisiones</i>	68
<i>Factores que llevan al buen éxito en el marco de la cooperación</i>	69
<i>La educación y el género</i>	70
<i>La pobreza</i>	70
Reflexiones finales	71
CAPÍTULO IV. Después del 2015	73
Retos pendientes	73
La mirada en el pasado y en el futuro	74
Los sistemas de información de salud en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y otros contextos	74
Los centros colaboradores	75
El acceso y la cobertura universal de salud	75
La equidad en el ámbito de la salud	76
La salud en todas las políticas	76
El medioambiente	76
Conclusiones	76
Referencias	79

Figuras

Figura 1. Proporción de menores de 5 años con peso inferior al normal y retraso del crecimiento, América Latina y el Caribe, 1990-2013	8
Figura 2. El hambre en el mundo y en América Latina y el Caribe (en millones de personas afectadas), 1990-2014	8
Figura 3. Prevalencia del hambre (número de personas afectadas) y contribuciones en esta área, América Latina y el Caribe, 1990-2014	10
Figura 4. Tasa de mortalidad de menores de 5 años (por 1000 nacidos vivos), América Latina y el Caribe, 1990-2015	12
Figura 5. Tasa de mortalidad de menores de 5 años, según el cuartil de acceso a agua potable del país, América Latina y el Caribe, 1990 y 2010	13

Figura 6. Tasa de mortalidad de menores de 5 años, según el cuartil de escolaridad femenina del país, América Latina y el Caribe, 1990 y 2010	13
Figura 7. Defunciones de menores de 5 años, desglosadas proporcionalmente por grupo etario (%), América Latina y el Caribe, 2015	14
Figura 8. Tasa de mortalidad de menores de 1 año, por región de la Organización Mundial de la Salud, 1990 y 2015	14
Figura 9. Distribución porcentual de la mortalidad neonatal, por causa, América Latina y el Caribe, 2012	15
Figura 10. Tasa de mortalidad de menores de 5 años (por 1000 nacidos vivos) y contribuciones en esta área, América Latina y el Caribe, 1990-2015.....	16
Figura 11. Estimación de la razón de mortalidad materna (RMM), por 100 000 nacidos vivos, Región de las Américas y América Latina y el Caribe (ALC), 1990-2015	19
Figura 12. Razón de mortalidad materna, por cuartil de ingresos del país, América Latina y el Caribe, 1990 y 2010	20
Figura 13. Porcentaje de partos atendidos por personal de salud calificado, por tipo de personal, en siete países de la Región de las Américas, 2008-2012	20
Figura 14. Estimación del porcentaje de mujeres, casadas o en unión consensual, que utilizan algún método anticonceptivo, América Latina y el Caribe, 1990-2014	21
Figura 15. Cobertura de atención prenatal (%) (una consulta y cuatro consultas o más) por país, América Latina y el Caribe, 2014.....	22
Figura 16. Estimación del porcentaje de mujeres de 15 a 49 años de edad, casadas o en unión consensual, con una necesidad insatisfecha de acceso a métodos anticonceptivos, América Latina y el Caribe, 1990-2014	23
Figura 17. Estimación de la razón de mortalidad materna y contribuciones en esta área, Región de las Américas y América Latina y el Caribe, 1990-2015.....	23
Figura 18. Estimación del número de infecciones nuevas por el VIH, América Latina y el Caribe, 1990-2015	26
Figura 19. Estimación de la prevalencia de la infección por el VIH, mujeres de 15 a 24 años de edad, por país, América Latina y el Caribe, 1990 y 2013	27
Figura 20. Estimación de la prevalencia de la infección por el VIH, hombres de 15 a 24 años de edad, por país, América Latina y el Caribe, 1990 y 2013	27
Figura 21. Porcentaje de la población de 15 a 24 años de edad con conocimientos acerca de la prevención de la infección por el VIH, por país, América Latina y el Caribe, 2007 y 2013	28
Figura 22. Número y proporción (%) de adultos y niños con infección avanzada por el VIH que reciben tratamiento con antirretrovíricos (TAR) en América Latina y el Caribe, por año, 2003-2013.....	29
Figura 23. Estimación del número de personas portadoras del VIH y contribuciones en esta área, América Latina y el Caribe, 1990-2013.....	30
Figura 24. Cambio porcentual del número de casos de malaria confirmados, por país, América Latina y el Caribe, 2000-2013.....	31
Figura 25. Número de personas protegidas mediante el rociamiento de interiores con insecticidas de acción residual (IAR) y mediante el uso de mosquiteros tratados con insecticida (MTI), América Latina y el Caribe, por año, 2000-2013.....	32
Figura 26. Morbilidad y mortalidad por malaria y contribuciones en esta área, América Latina y el Caribe, por año, 2000-2013.....	33

Figura 27. Estimación de la incidencia anual de la tuberculosis (por 100 000 habitantes), en todas sus formas, por año, y márgenes de incertidumbre, Región de las Américas, 1990-2015.....	34
Figura 28. Tendencia epidemiológica de la mortalidad por tuberculosis, en todas sus formas, y márgenes de incertidumbre, Región de las Américas, 1990-2013	35
Figura 29. Estimación de la prevalencia de la tuberculosis, en todas sus formas, y márgenes de incertidumbre, Región de las Américas, 1990-2013	35
Figura 30. Cohorte de pacientes con tuberculosis, casos tratados con buenos resultados y recaídas, Región de las Américas, 1994-2012	36
Figura 31. Incidencia de la tuberculosis, según el cuartil del país en el índice de desarrollo humano (IDH), Región de las Américas, 2000, 2005, 2009 y 2013	36
Figura 32. Estimación de la incidencia de la tuberculosis, en todas sus formas, y contribuciones en esta área, Región de las Américas, 1990-2015	37
Figura 33. Uso de fuentes de agua potable mejoradas, por región y subregión del mundo, 1990 y 2015	40
Figura 34. Población (%) con acceso sostenible a abastecimientos de agua potable, por residencia urbana o rural, América Latina y el Caribe, 1990-2015.....	40
Figura 35. Uso de servicios de saneamiento mejorados, por región y subregión del mundo, 1990 y 2015	41
Figura 36. Población con acceso a servicios de saneamiento, por residencia urbana o rural, América Latina y el Caribe, 1990-2015.....	41
Figura 37. Razón de mortalidad materna, según el cuartil de acceso a agua potable en que se ubica el país, América Latina y el Caribe, 1990 y 2010	42
Figura 38. Compra de medicamentos con el apoyo del Fondo Estratégico de la OPS y otras contribuciones en esta área, América Latina y el Caribe, por año, 2004-2010.....	47
Figura 39. Compra de medicamentos por medio del Fondo Estratégico, por categorías de producto, América Latina y el Caribe, 2010.....	48
Figura 40. Tasa de mortalidad de menores de 5 años (por 1000 nacidos vivos), según el cuartil de ingresos del país, América Latina y el Caribe, 1990 y 2010	51

Cuadros

Cuadro 1. Políticas, planes y estrategias nacionales en torno a la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe y sus fechas de ejecución.....	10
Cuadro 2. El financiamiento para agua potable y saneamiento en determinados países de América Latina y el Caribe.....	43
Cuadro 3. Índice de Gini: economías avanzadas y en desarrollo, 1995-2010	52
Cuadro 4. Índice de Gini: ingresos familiares per cápita, estratificados por región, 1970-1990	53

Recuadros

Recuadro 1. Resoluciones de los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud relacionadas con el ODM 1	11
Recuadro 2. Resoluciones de los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud relacionadas con el ODM 4	18
Recuadro 3. Resoluciones de los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud relacionadas con el ODM 5	25
Recuadro 4. Resoluciones de los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud relacionadas con el ODM 6	38
Recuadro 5. Resoluciones de los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud relacionadas con el ODM 7	44
Recuadro 6. Resoluciones de los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud relacionadas con el ODM 8	49

PREFACIO

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) fijaron metas generales para el desarrollo humano que tuvieron profundas consecuencias para la Región de las Américas. La aprobación de la Declaración del Milenio por las Naciones Unidas en septiembre del 2000 reafirmó el compromiso de la comunidad internacional con los principios universales de la Carta de las Naciones Unidas e instituyó la paz, la justicia y la prosperidad como elementos prioritarios en la búsqueda deliberada y colectiva de un futuro digno, incluyente y equitativo para la humanidad en toda su diversidad. Al centrarse en las necesidades de las personas más pobres y desfavorecidas del mundo, los ODM fijaron un nuevo esquema para concebir el desarrollo y, dentro de este, la salud.

En este marco universal para el desarrollo, la salud ocupaba un lugar explícito y privilegiado. Los ODM se convirtieron en fuente de inspiración y punto de referencia para innumerables iniciativas que dieron forma e ímpetu al programa de acción sanitaria mundial del 2000 al 2015. Desde el punto de vista de la salud pública, los ODM claramente heredaron y al mismo tiempo renovaron el compromiso visionario de la Declaración de Alma-Ata de garantizar la “salud para todos”, principio profundamente valorado en la Región de las Américas.

Durante el período de 15 años que correspondió a los ODM, los países de la Región de las Américas lograron mejoras importantes en materia de salud en relación con los datos de partida de 1990. La estructura que los ODM proporcionaron también nos permitió reunir datos probatorios y adquirir muchas y muy variadas experiencias. El presente documento representa una síntesis de estos logros desde una perspectiva regional e ilustra, además, la función catalizadora de la colaboración estratégica, que está en consonancia con la misión de la Organización Panamericana de la Salud, con respecto al cumplimiento de los ODM relacionados con la salud.

Reconocemos que todos los ODM tenían alguna conexión con la salud, pero había entre ellos los que se centraban en la salud de una manera explícita: mejorar la supervivencia de la madre y del niño y combatir la infección por el VIH/sida, la malaria y la tuberculosis. Otros objetivos captaban diversos aspectos de los determinantes de la salud: la pobreza y el hambre; la educación primaria; la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres; la sostenibilidad ambiental; el acceso al agua y al saneamiento; y la cooperación mundial para el desarrollo. En lo que a estos aspectos se refiere, el notable progreso que han logrado muchos países de América Latina y el Caribe de cara al cumplimiento de los ODM y sus metas de salud es el resultado de un mejor acceso a los servicios de salud y a la cobertura universal de salud, así como de medidas intersectoriales enfocadas en los determinantes sociales y ambientales de la salud. Por otro lado, en ese período también se puso de manifiesto que la falta de equidad, bajo la forma de desigualdades injustas y evitables, sigue minando la distribución pareja de esos adelantos entre los pueblos de las Américas. En efecto, el progreso fue inadmisiblemente lento para muchos de los grupos más marginados de nuestra Región.

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible nos brinda una oportunidad de aprovechar los logros más destacados de los ODM y aplicar activamente las enseñanzas que nos dejó ese período. Al poner en primer plano la equidad, los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible dan visibilidad a quienes hayan podido quedar excluidos de los adelantos impulsados por los ODM. Al definir qué asuntos tienen prioridad en los países de ingresos altos, así como en los países de ingresos bajos e ingresos medianos, se establece la visión de un futuro acordado de manera colaborativa en lugar de una relación insostenible entre donantes y clientes. A medida que los países de la Región de las Américas se preparan para los retos transformadores que encierran las cinco pes señaladas en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y sus Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) —personas, planeta, prosperidad, paz y partenariado o alianzas— es preciso analizar con ánimo crítico los datos empíricos y las experiencias acumuladas en la era de los ODM. Más importante aun es la oportunidad que se nos presenta de restaurar la equidad como principio rector de las acciones destinadas a “garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades”, como propone el ODS 3.

Dados los componentes sociales, económicos y ambientales del desarrollo sostenible, para alcanzar el ODS 3 e influir en los otros objetivos se necesita un reconocimiento activo del vínculo directo entre la salud y sus determinantes sociales. La principal enseñanza que deriva de los ODM radica en este nuevo paradigma de salud: tenemos que reducir las desigualdades sociales en materia de salud, no solo fijarnos en los promedios estadísticos. Por ende, la toma de medidas dirigidas a influir en los determinantes sociales de la salud debe ser un aspecto fundamental de nuestros esfuerzos de orden técnico y político por lograr los ODS, tanto como organización como desde cada uno de los países que integran la Región. Esto implicará, sin despreciar la importancia de la inversión en salud, desarrollar y fortalecer nuestra capacidad para tomar decisiones respaldadas por la evidencia. Así cumpliremos nuestro compromiso de mantener y ampliar la función vital que ejerce la salud en el desarrollo sostenible, sentando con ello las bases para la justicia social, la universalidad, la inclusión, la buena gobernanza y la democracia.

Dra. Carissa F. Etienne

Directora

Organización Panamericana de la Salud

RESUMEN

La lucha por alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) relacionados con la salud entre los años 2000 y 2015 ha generado una experiencia extensa y de incalculable valor para la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en su cometido de prestar apoyo a los Estados Miembros para la consecución de objetivos generales de amplio alcance en materia de desarrollo humano. Se lograron adelantos notables con respecto a algunos objetivos básicos de salud. Hubo, pues, motivos para celebrar algunos logros, como también para fomentar la aplicación de medidas más enérgicas y propicias. En el presente documento se resumen los logros correspondientes a los ODM relacionados con la salud explícitamente, así como los retos pendientes que habrá que tener presentes cuando se ejecute la agenda de desarrollo para después del 2015. Con el fin de mantener una perspectiva regional, cuando corresponde se han incluido datos de todas partes de la Región de las Américas, en particular de los países de América Latina y el Caribe.

Diversos factores socioeconómicos y ambientales, la solidez y resiliencia de los sistemas de salud y el acceso a los servicios de salud tienen una importancia decisiva para el logro de cualquier adelanto sostenible en materia de salud. Los datos presentados en este informe y el análisis que los acompaña destacan la necesidad imperiosa de mejorar nuestro manejo institucional de estos factores para conseguir que afecten a la salud de un modo más favorable. Para tal efecto, es preciso promover políticas nacionales multisectoriales y meditadas que contrarresten la amplia variedad de determinantes de la salud y poner en práctica programas de protección social dirigidos a grupos específicos y destinados a aumentar el acceso y la cobertura universal de los servicios de salud. Estas consideraciones son un aspecto esencial del contexto en que los países de la Región de las Américas lograron progresar, o lucharon por hacerlo, de cara a los indicadores correspondientes a cada ODM relacionado con la salud.

En los países de la Región como un todo se cumplieron muchas de las metas de los ODM, a saber:

ODM 1		
1990		2013
7,3%	Proporción de niños menores de 5 años con peso inferior al normal en América Latina y el Caribe	2,3%
15,3%	Proporción de la población total con hambre y sin acceso a suficientes alimentos para satisfacer las necesidades energéticas mínimas en América Latina y el Caribe	6,1%
ODM 4		
1990		2015
43	Tasa de mortalidad de menores de 5 años por 1000 nacidos vivos en las Américas	15
34	Tasa de mortalidad de menores de 1 año por 1000 nacidos vivos en las Américas	13
54	Tasa de mortalidad de menores de 5 años por 1000 nacidos vivos en América Latina y el Caribe	18
43	Tasa de mortalidad de menores de 1 año por 1000 nacidos vivos en América Latina y el Caribe	15
ODM 5		
1990		2015
102	Razón de mortalidad materna por 100 000 nacidos vivos en las Américas	52
138	Razón de mortalidad materna por 100 000 nacidos vivos en América Latina y el Caribe	68
1990		2014
74,0%	Proporción de partos atendidos por personal calificado en las Américas	94,0%
61,1%	Proporción de la prevalencia general del uso de métodos anticonceptivos correspondiente a América Latina y el Caribe	73,1%
61,1%	Proporción de mujeres casadas o en unión consensual que utilizan algún método anticonceptivo en América Latina y el Caribe	73,1%
17,3%	Proporción de mujeres de 15 a 49 años de edad, casadas o en unión consensual, con una necesidad insatisfecha de acceso a métodos anticonceptivos en América Latina y el Caribe	10,6%

ODM 6		
2003		2013
15,0%	Proporción de la población portadora del VIH que tuvo acceso al tratamiento con antirretrovíricos	44,0%
2000		2013
390	Defunciones por malaria en 21 países y territorios endémicos de las Américas	84
1 181 104	Casos de malaria en 21 países y territorios endémicos de las Américas	428 483
1990		2015
56	Tasa de incidencia de la tuberculosis por 100 000 habitantes en las Américas	26
ODM 7		
1990		2015
85,0%	Proporción de personas con acceso a agua potable en América Latina y el Caribe	95,0%
67,0%	Proporción de personas que usan instalaciones de saneamiento mejoradas en América Latina y el Caribe	83,0%

A pesar de estos adelantos, sigue habiendo disparidades importantes, en particular entre los grupos marginados en virtud de su situación socioeconómica e identidad, los cuales merecen especial atención en la siguiente fase del desarrollo mundial y de salud.

Por otra parte, no todas las metas se alcanzaron. Las deficiencias en la prestación de servicios de salud reproductiva agravan la persistente elevación de las tasas de fecundidad, sobre todo en las jóvenes de 15 a 24 años de edad. Aunque la mortalidad materna se redujo de manera importante, la meta no se alcanzó. En la Región no se ha logrado reducir notablemente la prevalencia de la infección por el VIH/sida; en cambio, sí ha aumentado simultáneamente y de manera ostensible la necesidad de cobertura con antirretrovíricos y de tener acceso a estos medicamentos.

El poco acceso al saneamiento básico, en contraposición con los adelantos en la cobertura con servicios de agua potable, sigue generando grandes riesgos de salud. Además, como buena parte de América Latina se ha urbanizado desde la segunda mitad del siglo XX, el problema de lograr un suministro de agua potable y saneamiento básico en esta parte de la Región exige una inversión cuantiosa en infraestructura. Sin embargo, para alcanzar los objetivos trazados en materia de salud y desarrollo, dicha inversión no debe dejar de cubrir a los grandes sectores de la población que viven en las zonas más pobres, especialmente las rurales y periurbanas.

Al reparar en estos retos que aún persisten, se pone de manifiesto que hacen falta más y mejores políticas sociales para resolver las deficiencias que existen localmente, en particular las que quedan disfrazadas por los promedios nacionales y regionales. Grandes sectores de la población siguen siendo vulnerables por razones de ubicación geográfica, nivel educativo, ingresos, grupo étnico y cuestiones relativas al género. En el presente informe también se destacan los graves problemas que siguen existiendo, como la persistencia en algunos países de tasas de mortalidad materna, neonatal y del niño elevadas, especialmente en los grupos más pobres y en situaciones de mayor vulnerabilidad, quienes siguen teniendo las tasas más elevadas de desnutrición crónica.

Desde un punto de vista más amplio con respecto a los determinantes de la salud, dada la sinergia entre la salud y el crecimiento económico se torna indispensable vigilar de cerca los ciclos comerciales, ya que las recesiones acrecientan la vulnerabilidad de las poblaciones más pobres. El gasto social, por ejemplo, disminuye cuando se imponen medidas de austeridad en épocas de ajuste para superar las recesiones.

La vasta experiencia adquirida y las redes establecidas durante el período de los ODM deben seguir sirviendo de apoyo al desarrollo sostenible en la Región, incluidos los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). En la última parte de este documento se recomiendan diversas iniciativas cuya ejecución ayudará a alcanzar el ODS 3 relacionado con la salud explícitamente y los diversos ODS que tienen algún vínculo con ella, así como fomentar la generación de los datos empíricos fiables que se necesitan para tomar decisiones acertadas.

INTRODUCCIÓN

La colaboración regional en pro de la salud antes de la Declaración del Milenio

Por más de 113 años, la OPS y los Estados Miembros de la Región de las Américas han participado en un esfuerzo mutuo organizado por lograr que sus ciudadanos gocen de mejor salud y de un mayor desarrollo, todo mediante programas técnicos y cooperación directa en el ámbito de la salud. Los esfuerzos colaborativos entre la OPS y sus Estados Miembros empezaron en 1902, cuando los gobiernos de los países del continente americano establecieron lo que más tarde llegaría a constituir la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina u OSP). Los gobiernos participantes se comprometieron a informar periódicamente a la Oficina acerca de las condiciones de higiene en sus puertos y territorios nacionales y a colaborar en la investigación de brotes epidémicos (1).

Después del establecimiento de una serie de metas regionales, entre ellas la erradicación de la malaria, la adopción de la Carta de Punta del Este en 1961 llevó a la OPS a dedicarse a tratar de lograr las siguientes metas de salud para el decenio: aumentar en 5 años la esperanza de vida al nacer; aumentar el suministro de agua potable y alcantarillado en las zonas rurales y urbanas; reducir a la mitad la mortalidad de los menores de 5 años; controlar las enfermedades transmisibles más graves y erradicar algunas de ellas, en particular la malaria; mejorar la alimentación y los servicios de salud básicos en los niveles nacional y local; e impulsar la investigación científica. Posteriormente se emprendieron diversas iniciativas para reducir el riesgo de contraer enfermedades, tanto dentro de los países como más allá de sus fronteras nacionales; figuran entre ellas la de facilitar el financiamiento para la compra de vacunas y establecer el acceso equitativo a los servicios básicos de salud. En virtud del reconocimiento en el mundo entero de la inextricable vinculación entre todas las áreas del desarrollo sostenible, en la Tercera Cumbre de las Américas, que tuvo lugar en Québec en el 2001, los Estados definieron como prioridad la erradicación de la pobreza en un contexto de equidad, gobernabilidad democrática y sostenibilidad ambiental, a la vez que solicitaron la cooperación técnica continua de la OPS en este ámbito (2).

Los antecedentes de la Organización, además de ilustrar la trayectoria de la OPS en la esfera de la colaboración en pro de la salud, ponen de relieve una distinción básica entre sus intereses principales en América del Sur, Centroamérica, América del Norte y el Caribe y los fines e intereses de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. A diferencia de la siguiente fase del desarrollo mundial, que se regirá por los Objetivos de Desarrollo Sostenible para el período del 2016 al 2030, los ODM se centraron eminentemente en las necesidades y prioridades de las personas más pobres y vulnerables del mundo. Sin embargo, este informe es regional en su enfoque, por lo que recoge los adelantos observados en todos los países del continente americano, en consonancia con la perspectiva regional de la Organización.

La medición del progreso hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio

La Cumbre del Milenio, que se celebró en el año 2000, contó con la presencia de 189 jefes de estado y representantes de los Estados Miembros de las Naciones Unidas, quienes acordaron adoptar la Declaración del Milenio. La Declaración consagró el compromiso de reducir la pobreza, el hambre, las enfermedades, el analfabetismo, la degradación del medioambiente y la discriminación contra la mujer, asuntos que reconocidamente cobran mayor pertinencia en relación con las personas más pobres y marginadas del mundo. Contenía objetivos específicos —los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)— expresados en forma de metas e indicadores cuantificables que podrían evaluarse periódicamente para vigilar el progreso en los niveles nacional e internacional.

La aceptación de los ODM por los Estados Miembros de las Naciones Unidas fijó un gran reto para los propios gobiernos signatarios, así como para las organizaciones internacionales interesadas en el desarrollo socioeconómico, a saber: cómo hacer realidad los objetivos. La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en ocasión del 45.º Consejo Directivo en el 2004, resolvió instar a sus Estados Miembros a formular planes de acción nacionales, fortalecer el compromiso político, dar prioridad a intervenciones para fomentar la salud y el desarrollo social en el ámbito nacional, impulsar la formación de alianzas

y fomentar la participación de la sociedad civil con la finalidad de lograr los objetivos de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas.

Muchos gobiernos signatarios y organizaciones internacionales respondieron ante los ODM de conformidad con sus propios mandatos, promoviendo la gestión del conocimiento, la cooperación Sur-Sur y la labor interinstitucional e intersectorial, así como fortaleciendo la formación de alianzas. (Para tratar de lograr una armonización con las metas y compromisos mundiales ya existentes, algunas cifras de línea de base son de 1990 y otras, del año 2000.) En los 15 años transcurridos desde que se anunciaron los ODM, los organismos internacionales que participaron en el proceso correspondiente elaboraron informes periódicos acerca del estado de la labor realizada para alcanzar los objetivos y las metas.

En el contexto del sistema de las Naciones Unidas, por ejemplo, la Secretaría dirigió la preparación de un informe interinstitucional periódico sobre el progreso y las dificultades que rodeaban al cumplimiento de cada ODM (3). La OPS participó activamente en la preparación de esos informes en lo concerniente a los objetivos y metas relacionados con la salud en América Latina y el Caribe. Durante ese período, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) coordinó la participación de 18 organizaciones, fondos y entidades especializadas de las Naciones Unidas con interés en el desarrollo socioeconómico de la Región en la elaboración de dos informes sobre América Latina y el Caribe: uno se centró en la salud (4); en el otro se analizó la forma de alcanzar los objetivos de manera equitativa (5). Otras instituciones, incluidos el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional (FMI), prepararon informes anuales sobre el progreso alcanzado mundialmente de cara a los ODM, destacando algunos temas específicos cada año (6, 7, 8).

En los 15 años transcurridos desde la adopción de los ODM, muchos de los resultados previstos se lograron en la Región. También se adquirió mucha experiencia, lo que permite examinar retrospectivamente los logros proclamados en el 2015. El presente documento ofrece una mirada retrospectiva con respecto a esos adelantos, partiendo de los resultados logrados y de la experiencia adquirida, con el propósito de sacar conclusiones que sirvan de base para la planificación futura. Su finalidad es hacer una contribución, respaldada por la experiencia, en apoyo a las actividades que se llevarán a cabo para tratar de alcanzar los objetivos de desarrollo de la siguiente generación, a saber, los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

Mediante la presentación de este informe la OPS se propone, además, suplementar las evaluaciones efectuadas por la CEPAL y el Banco Mundial. Esta obra retrospectiva no describe en detalle las actividades de la OPS en los últimos 15 años, que ya se han analizado en extenso en los informes periódicos de la situación de la salud en la Región de las Américas presentados por la Directora de la OPS ante los Cuerpos Directivos de dicha institución. Tampoco es un inventario general de todas las actividades realizadas para lograr los ODM relacionados con la salud. Más bien, la obra tiene por finalidad poner de relieve las contribuciones de mayor trascendencia y eficacia en la consecución de los resultados observados y dar a conocer algunas de las enseñanzas extraídas. En ella se exploran las consecuencias y experiencias derivadas de la ejecución de los ODM en la Región con miras a formular a partir de ellas una serie de reflexiones y recomendaciones pertinentes y propicias.

El documento se divide en cuatro capítulos. En el capítulo I se describe el contexto esencial en el que, cada vez más, se configuran los resultados de salud; es decir, la determinación de la salud por factores sociales y los vínculos entre la pobreza, el género y otros factores relacionados con la identidad. En el capítulo II se resume el progreso alcanzado en conexión con cada uno de los ODM relacionados con la salud y se describen las contribuciones de la OPS; en el capítulo III se exponen algunas enseñanzas extraídas de la experiencia regional, y en el capítulo IV se proponen algunas recomendaciones, basadas en la experiencia dejada por los ODM, para la próxima etapa del desarrollo sostenible.

CAPÍTULO I

El progreso regional hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, 1990-2015

En el presente capítulo se evalúan los adelantos observados en la Región de las Américas en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, muchos de los cuales están representados por los mandatos de los Cuerpos Directivos de la OPS en el período del 2000 al 2015. Los indicadores que son pertinentes en relación con cada meta se incluyen cuando corresponde. Como se señaló en la introducción, para conseguir la armonización con los compromisos mundiales preexistentes, algunas de las cifras de línea de base usadas para medir el progreso datan del 1990 en lugar del 2000, año en que se pusieron en marcha oficialmente los ODM.

ODM 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre

Meta 1.C: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, la proporción de personas que padecen hambre

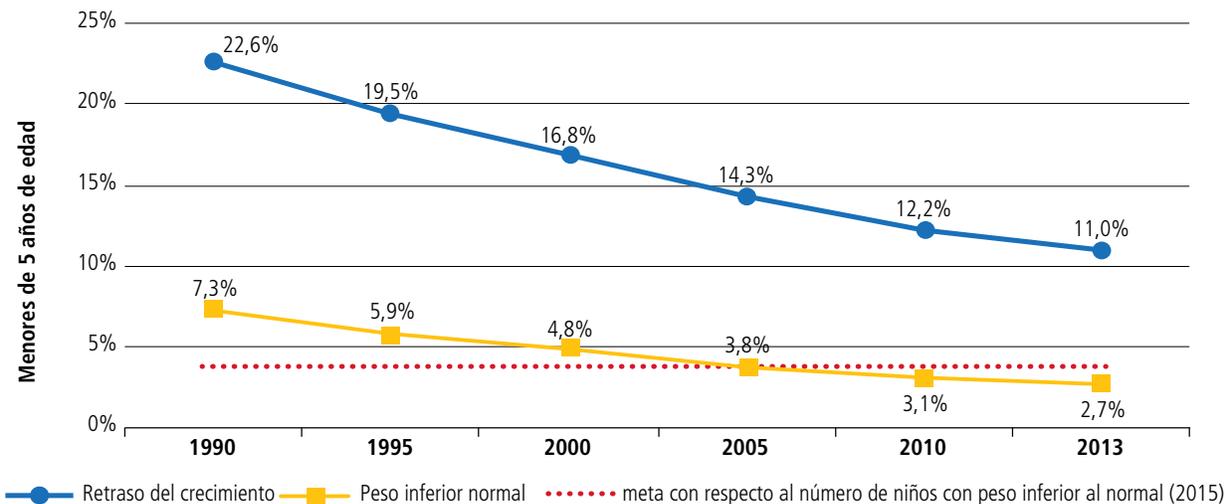
En América Latina y el Caribe, esta meta se alcanzó antes de lo previsto, gracias a reducciones sustanciales de las fracciones de la población que padecían tanto pobreza como hambre. Once países todavía están en proceso de alcanzarla (9), puesto que casi 37 millones de personas aún carecen de los medios para obtener alimentos suficientes en cantidad o calidad. La nutrición seguirá siendo un tema de interés central en los próximos años, habida cuenta de que algunos aspectos del desarrollo económico, de las políticas de los países y de los cambios del modo de vida relacionados con la alimentación y la actividad física en la Región de las Américas están conduciendo a complicaciones crónicas de origen alimentario, como la obesidad (10).

Indicador 1.8.¹ Prevalencia de niños menores de 5 años con peso inferior al normal

En América Latina y el Caribe, la proporción de menores de 5 años con un peso inferior al normal ha descendido de forma sostenida, del 7,3% en 1990 al 2,7% en el 2013 (11). Sin embargo, como indica la figura 1, el progreso ha sido menos alentador en el caso de la talla para la edad, indicador epidemiológico que sirve de medida indirecta para evaluar la presencia de desnutrición crónica (12). Según este indicador, América Latina y el Caribe ha logrado reducir los casos de retraso del crecimiento a aproximadamente la mitad, de 12,6 millones (22,6%) en 1990 a cerca de 6 millones (11,0%) en el 2013 (11).

¹ Esta numeración corresponde a la de la lista oficial de los indicadores de los ODM.

Figura 1. Proporción de menores de 5 años con peso inferior al normal y retraso del crecimiento, América Latina y el Caribe, 1990-2013



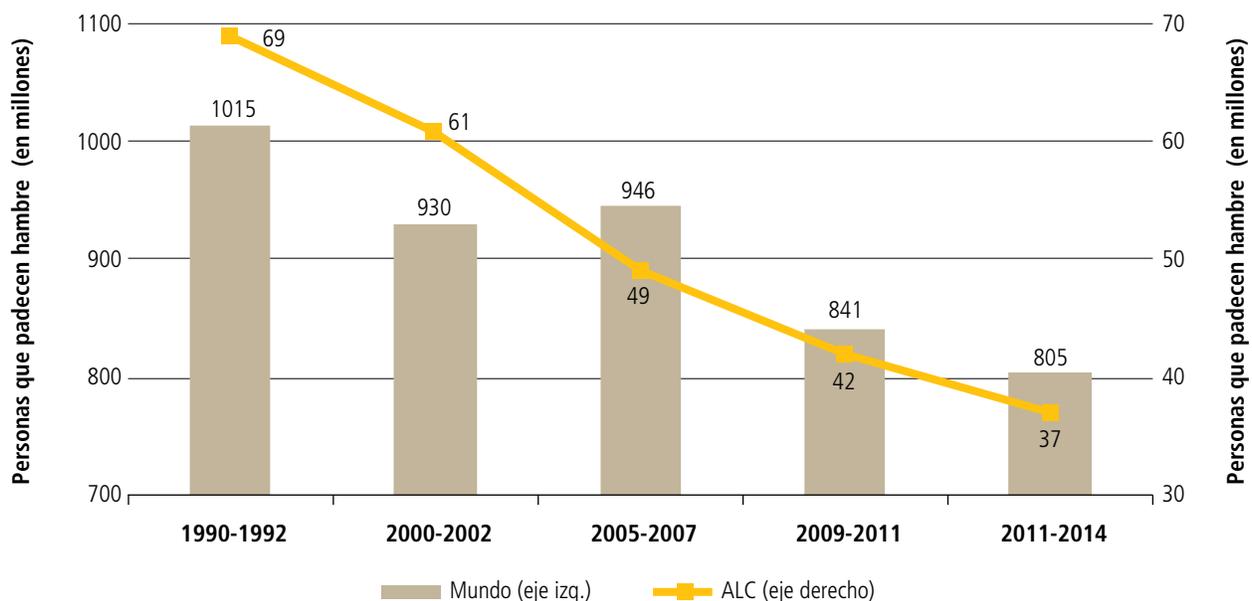
Fuente: Organización Mundial de la Salud et al., 2014 (11).

Indicador 1.9. Proporción de la población por debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria

Según cálculos recientes (detallados en la figura 3), en el 2014 casi 37 millones de personas, o 6,1% de la población total de América Latina y el Caribe, padecían hambre y carecían de acceso a suficientes alimentos para satisfacer las necesidades energéticas mínimas. Estas cifras representan una reducción a casi la mitad desde 1990, cuando 69 millones de personas, o 15,3% de la población, vivían en esas condiciones. Por tanto, la meta establecida se cumplió con una reducción del hambre del 60,1% en América Latina y el Caribe (figura 2) (9).

Como se ha hecho en otras secciones, en esta se presentan datos sobre América Latina y el Caribe (en vez de toda la Región) a fin de centrar la atención en las partes de la Región donde había más deficiencias que superar a comienzos del período abarcado por los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Figura 2. El hambre en el mundo y en América Latina y el Caribe (en millones de personas afectadas), 1990-2014



ALC: América Latina y el Caribe

Fuente: Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, 2014 (9).

ODM 1: Contribuciones de la Organización Panamericana de la Salud

Desde finales de los años cuarenta, la OPS ha prestado un apoyo decisivo al Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP),² tanto para que se estableciera como para que realice sus actividades en esta subregión, que abarcan desde la investigación y el desarrollo de tecnologías alimentarias hasta la capacitación de expertos (13). El INCAP es una de las fuentes más abundantes de datos acerca de los efectos de la alimentación en los primeros años de vida; dichos datos se obtuvieron como resultado de un estudio longitudinal en cuatro pueblos pequeños de Guatemala que se inició entre 1969 y 1977 y duró 35 años (14).

En el 2005, la iniciativa América Latina y Caribe sin Hambre, que estableció un compromiso político de erradicar el hambre en la Región, fue presentada y adoptada por 33 miembros de la Comunidad de Estados de América Latina y el Caribe (CELAC).

Consciente de que la batalla contra la desnutrición exige medidas a corto, mediano y largo plazo, en el 2006 la OPS aprobó la *Estrategia y plan de acción regionales sobre la nutrición en la salud y el desarrollo, 2006-2015* (15). Esta iniciativa se encamina a mejorar el estado nutricional de los grupos en las situaciones de mayor vulnerabilidad, habida cuenta de que la incidencia de la desnutrición es más alta entre los pobres y las minorías étnicas (16).

Por otro lado, frente al hecho de que la nutrición y sus efectos sobre la salud son asuntos transversales que forman parte de los programas de trabajo de varias instituciones, en el 2008 la sede de la OPS auspició una reunión de los directores regionales de los organismos de las Naciones Unidas, la cual propició el establecimiento de la Alianza Panamericana por la Nutrición y el Desarrollo (17).

La Alianza se creó con la finalidad de atender a los determinantes sociales de la salud y la alimentación de una manera coordinada, especialmente entre los grupos sociales en las situaciones más vulnerables. Sus actividades básicas son:

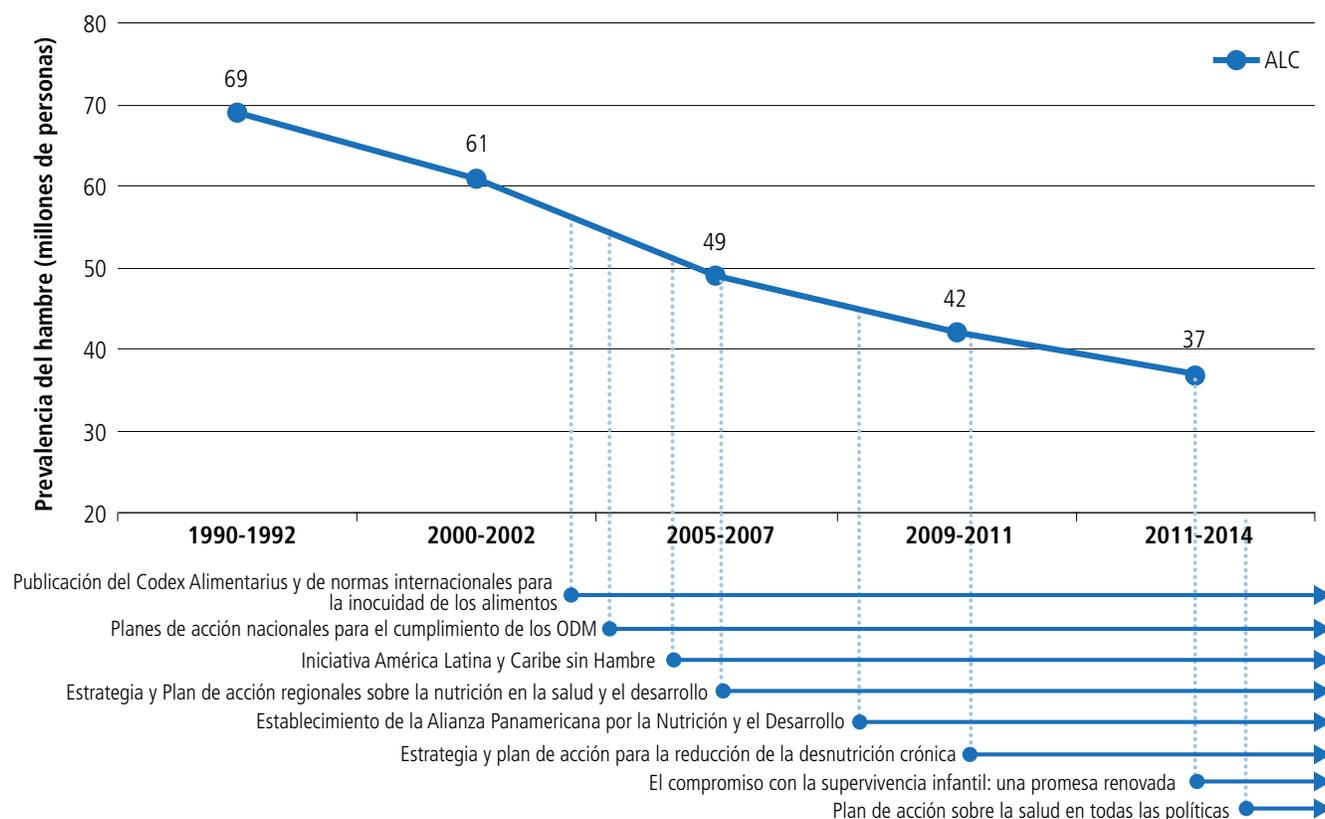
- formular estrategias para modificar los determinantes sociales del acceso a la alimentación;
- formular y poner en práctica intervenciones multisectoriales;
- crear un marco institucional eficaz para coordinar actividades conjuntas en los niveles local, nacional, regional y transnacional;
- elegir y llevar a cabo intervenciones basadas en la evidencia, integradas y sostenibles.
- encontrar situaciones y espacios geodemográficos propicios para que las intervenciones rindan los mejores resultados posibles.

Por último, en vista de la elevada prevalencia de desnutrición crónica en la Región, en el 2010 el Consejo Directivo de la OPS aprobó la *Estrategia y plan de acción para la reducción de la desnutrición crónica* (18).

Las alentadoras tendencias observadas en los últimos 15 años en la Región en lo concerniente a la reducción del hambre y la desnutrición podrían estar relacionadas con una combinación de factores regionales y mundiales (19), tanto contextuales como específicos (figura 3), en particular en aquellos países cuyos gobiernos han avanzado hacia la consolidación de la seguridad alimentaria y nutricional (cuadro 1).

² Organismo subregional, con sede en Guatemala, que recibe apoyo de la OPS.

Figura 3. Prevalencia del hambre (número de personas afectadas) y contribuciones en esta área, América Latina y el Caribe, 1990-2014



ALC: América Latina y el Caribe.

Fuente: Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, 2014 (9); Programa Especial de Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud, Organización Panamericana de la Salud, 2015.

Cuadro 1. Políticas, planes y estrategias nacionales en torno a la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe y sus fechas de ejecución

País	Año de ejecución	Nombre	Disponibilidad	Acceso	Utilización	Estabilidad
Antigua y Barbuda	Desde el 2012	Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional	*	*	*	*
Argentina	Desde el 2013	Plan Nacional de Seguridad Alimentaria		*	*	
Belize	Desde el 2010	Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Belice	*	*	*	
Brasil	Desde el 2010	Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (<i>Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional</i>)	*	*	*	
Brasil	2012-2015	Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (<i>Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional</i>)	*	*	*	
Colombia	Desde el 2008	Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional	*	*	*	*
Colombia	2012-2019	Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional	*	*	*	*
Costa Rica	2011-2021	Política Nacional de Seguridad Alimentaria	*	*	*	*

País	Año de ejecución	Nombre	Disponibilidad	Acceso	Utilización	Estabilidad
Costa Rica	2011-2015	Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional	*	*	*	*
El Salvador	2011-2015	Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional	*	*	*	*
El Salvador	2013-2016	Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional	*	*	*	*
Guatemala	Desde el 2005	Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional	*	*	*	*
Guatemala	2012-2016	Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional	*	*	*	*
Guatemala	2012-2015	Pacto Hambre Cero		*	*	
Guyana	Desde el 2011	Estrategia de Seguridad Alimentaria y Nutricional para Guyana	*	*	*	*
Haití	2010-2025	Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (<i>Plan national de sécurité alimentaire et nutritionnelle</i>)	*	*	*	*
Honduras	Desde el 2006	Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional de largo plazo		*	*	*
Jamaica	Desde el 2012	Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional	*	*	*	*
Jamaica	Desde el 2013	Plan de acción de la Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional	*	*	*	*
México	Desde el 2013	Estrategia de la Cruzada Nacional contra el Hambre	*	*	*	*
Nicaragua	Desde el 2009	Política de Seguridad y Soberanía Alimentaria y Nutricional desde el Sector Público Agropecuario y Rural	*	*	*	
Panamá	2009-2015	Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional	*	*	*	*
Perú	2013-2021	Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional	*	*	*	*
Santa Lucía	Desde el 2013	Política y Plan de Acción sobre Seguridad Alimentaria y Nutricional	*	*	*	*

Fuente: Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, 2014 (9).

En el recuadro 1 a continuación se indican las resoluciones de los Cuerpos Directivos de la OPS relacionadas con el ODM 1.

Recuadro 1. Resoluciones de los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud relacionadas con el ODM 1

CD44.R7	Informe de la 13.a Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura, 44.o Consejo Directivo de la OPS, 2003 (20)
CD47.R8	Estrategia y plan de acción regionales sobre la nutrición en la salud y el desarrollo, 2006-2015, 47.o Consejo Directivo de la OPS, 2006 (15)
CD50.R11	Estrategia y plan de acción para la reducción de la desnutrición crónica, 50.o Consejo Directivo de la OPS, 2010 (18)
CD51.R5	Estrategia y plan de acción sobre eSalud, 51.o Consejo Directivo de la OPS, 2011 (21)
CD51/DIV/7	La salud y los Objetivos de Desarrollo del Milenio: del compromiso a la acción (Informe Anual del Director 2011), 51.o Consejo Directivo de la OPS, 2011 (22)
CE154.R2	Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia, 154.a sesión del Comité Ejecutivo de la OPS, 2014 (23)

ODM 4: Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años

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

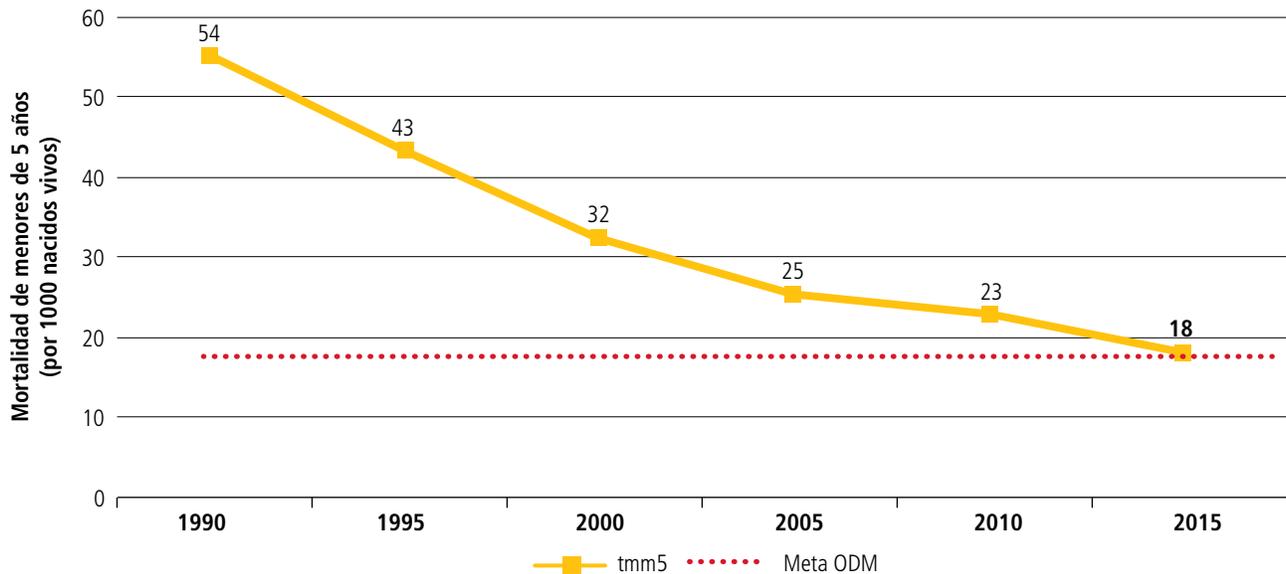
Desde 1990 ha habido adelantos muy notables en lo concerniente a la reducción de la tasa de mortalidad de los menores de 5 años en la Región de las Américas. Gracias a ellos, la Región alcanzó su meta antes de la fecha límite prevista. Esto obedece a una confluencia de factores. El gran desarrollo económico en la Región y las correspondientes mejoras en materia de nutrición, que ya se examinaron en la sección anterior, con toda probabilidad se asocian con estos adelantos. De manera simultánea, la cobertura de algunos servicios públicos, como el agua potable y el saneamiento básico, aumentó notablemente, y a la vez hubo mejoras en la educación de las mujeres y en el acceso a los métodos de planificación familiar, factores ambos que influyen de manera favorable en la supervivencia de los niños. Por último, la cobertura de los servicios básicos de salud se ha extendido mucho en el nivel de la atención primaria gracias a intervenciones como la vacunación, la rehidratación oral y el control del crecimiento del niño, que suelen ir de la mano con una mayor supervivencia en la niñez. Como se ha hecho en las otras secciones, en esta se proporcionan datos sobre América Latina y el Caribe con miras a centrar la atención en las partes de la Región donde había más deficiencias que superar a comienzos del período abarcado por los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Indicador 4.1. Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años

Según el Grupo Interinstitucional para la Estimación de la Mortalidad en la Niñez (IGME, por la sigla en inglés), constituido por el UNICEF, la OMS, el Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas, en 1990 la tasa de mortalidad de los menores de 5 años en América Latina y el Caribe fue de 54 por 1000 nacidos vivos; en el 2015, esta tasa había bajado a 18 por 1000 nacidos vivos (figura 4), por lo que se logró la meta trazada (24).

Figura 4. Tasa de mortalidad de menores de 5 años (por 1000 nacidos vivos), América Latina y el Caribe, 1990-2015

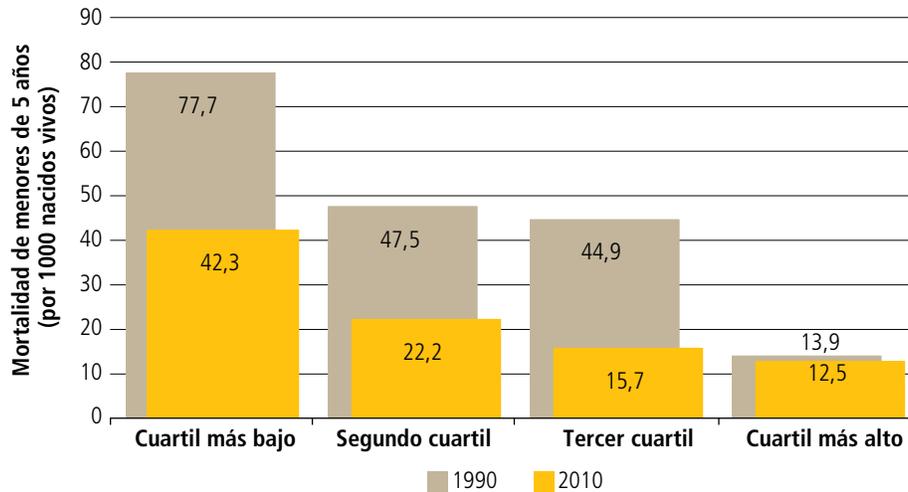
Fuente: Grupo Interinstitucional para la Estimación de la Mortalidad en la Niñez, 2015 (24).



Aunque los informes del progreso en la Región son alentadores así como pertinentes, los logros captados en los promedios regionales dificultan la apreciación de diferencias en la manera en que cada país se fue aproximando a la meta. Los promedios nacionales pueden, a su vez, ocultar las diferencias existentes dentro de cada país, entre diferentes zonas geográficas y divisiones administrativas, y entre diferentes grupos demográficos y zonas urbanas. Los indicadores han mejorado pero las

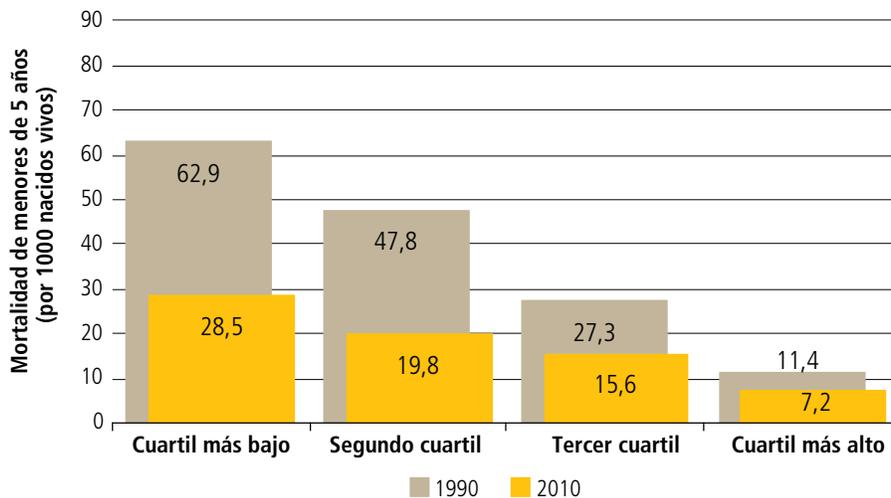
desigualdades siguen estando ahí, como puede verse en las figuras 5 y 6, que dan como ejemplos el acceso a agua potable y la escolaridad femenina.

Figura 5. Tasa de mortalidad de menores de 5 años, según el cuartil de acceso a agua potable del país, América Latina y el Caribe, 1990 y 2010



Fuente: Programa Especial de Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud, Organización Panamericana de la Salud, 2015.

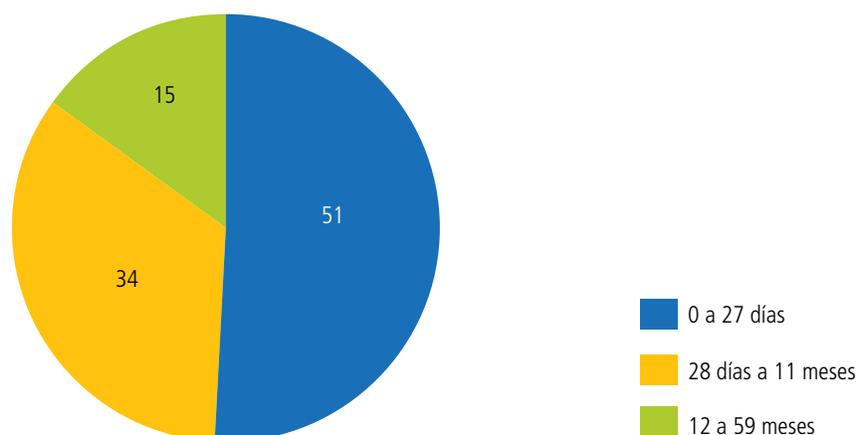
Figura 6. Tasa de mortalidad de menores de 5 años, según el cuartil de escolaridad femenina del país, América Latina y el Caribe, 1990 y 2010



Fuente: Programa Especial de Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud, Organización Panamericana de la Salud, 2015.

Si el grupo de menores de 5 años se desglosa proporcionalmente en grupos etarios más específicos, se advierten diferencias en la mortalidad (figura 7). Por ejemplo, en el 2015, según las estimaciones, el número de defunciones en el grupo entre las edades de 12 y 59 meses fue de 29 000, lo que corresponde a un 15% de todas las defunciones en menores de 5 años. En los niños entre los 28 días y los 11 meses de edad se produjeron 65 000 defunciones, lo que representa el 33% del total. Por último, el mayor número de defunciones se observó en los neonatos (0 a 27 días de edad); las 102 000 defunciones correspondientes equivalen al 52% del total (24). Estos resultados ilustran a las claras el enorme riesgo que corren los niños más pequeños, que deben seguir siendo los principales destinatarios de las intervenciones encaminadas a reducir la mortalidad en los menores de 5 años.

Figura 7. Defunciones de menores de 5 años, desglosadas proporcionalmente por grupo etario (%), América Latina y el Caribe, 2015



Fuente: Grupo Interinstitucional para la Estimación de la Mortalidad en la Niñez, 2015 (24).

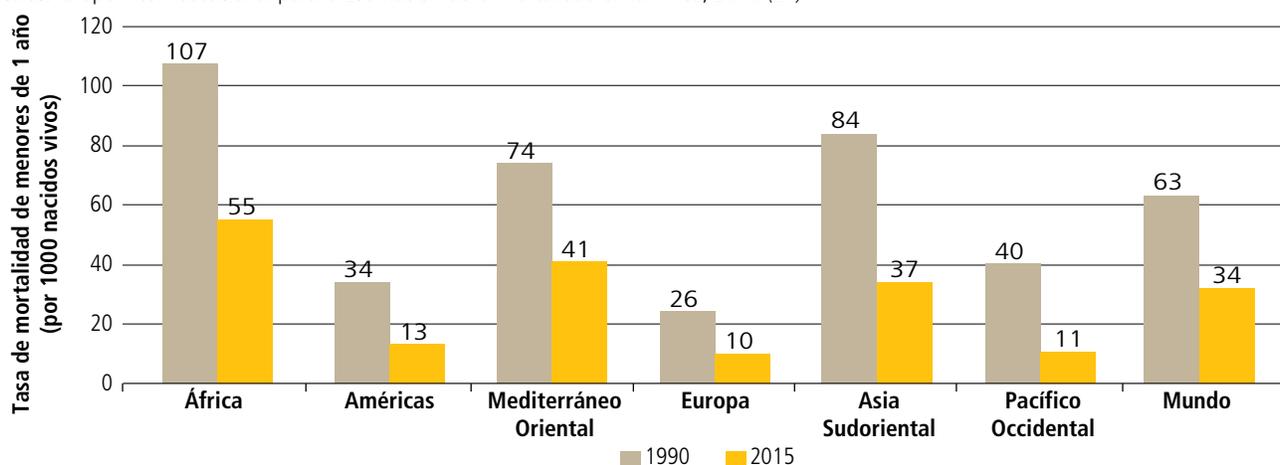
Por otro lado, las causas de mortalidad varían entre diferentes grupos de menores de 5 años. Después del período neonatal, las principales causas de muerte en menores de 1 año son las enfermedades infecciosas, tales como la neumonía, las enfermedades diarreicas y otras enfermedades prevenibles mediante la vacunación. La desnutrición causa alrededor de un 45% de las defunciones en menores de 5 años (25).

Indicador 4.2. Tasa de mortalidad de niños menores de 1 año

La tasa de mortalidad de los menores de 1 año, por 1000 nacidos vivos, en la Región de las Américas fue de 34 en 1990; para el 2015, la tasa había descendido a 13 por 1000 nacidos vivos, lo que equivale a una reducción del 62% (figura 8). Sin embargo, las reducciones no han sido uniformes, ya que muchos países de la Región siguen teniendo tasas de mortalidad de menores de 1 año elevadas (24).³

Figura 8. Tasa de mortalidad de menores de 1 año, por región de la Organización Mundial de la Salud, 1990 y 2015

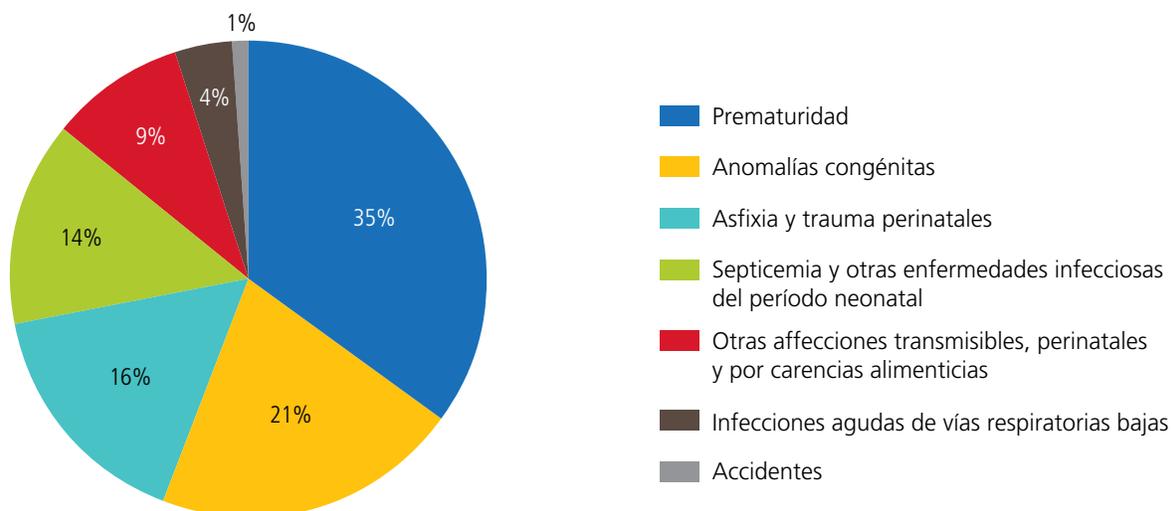
Fuente: Grupo Interinstitucional para la Estimación de la Mortalidad en la Niñez, 2015 (24).



³ Obsérvese que los Estados Unidos y el Canadá están incluidos en estos datos, no así en otros. En el informe se adopta una perspectiva regional siempre que es posible.

En el 2012, la prematuridad fue la principal causa de mortalidad neonatal, como se ve en la figura 9. Además, aunque el peso bajo al nacer no se considera una causa directa de muerte neonatal, sí es un factor predisponente (26).

Figura 9. Distribución porcentual de la mortalidad neonatal, por causa, América Latina y el Caribe, 2012



Fuente: Grupo Interinstitucional para la Estimación de la Mortalidad en la Niñez, 2015 (24).

Cabe subrayar que muchas de las causas de mortalidad neonatal son prevenibles, pero uno de los obstáculos que impiden lograr la prevención es que la mayoría de las defunciones neonatales ocurren en zonas rurales y comunidades autóctonas, donde hay poco acceso a servicios de salud de calidad (27). Los datos correspondientes justifican la creciente atención que se ha prestado a la equidad en los programas de la OPS en los últimos 15 años, siendo la equidad por lo demás un principio fundamental de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Indicador 4.3. Proporción de niños de 1 año vacunados contra el sarampión

En 1990, el 76% de los niños de esta edad habían recibido por lo menos una dosis de la vacuna antisarampionosa. La cobertura con la vacuna ha aumentado desde entonces: en el 2012, que es cuando llegó al máximo, subió al 95%, pero en el 2013 descendió al 92% (28). Desde el año 2002, América Latina y el Caribe han eliminado el sarampión endémico como causa de mortalidad en menores de 1 año (29), gracias en gran parte a una serie de herramientas y actividades aplicadas con el apoyo de la OPS para promover la vacunación. En niños de 12 a 23 meses de edad, el sarampión ha sido eliminado de manera eficaz y completa mediante la administración a gran escala de una vacuna de bajo costo y la revacunación posterior para conferir protección de por vida.

Contribuciones al ODM 4

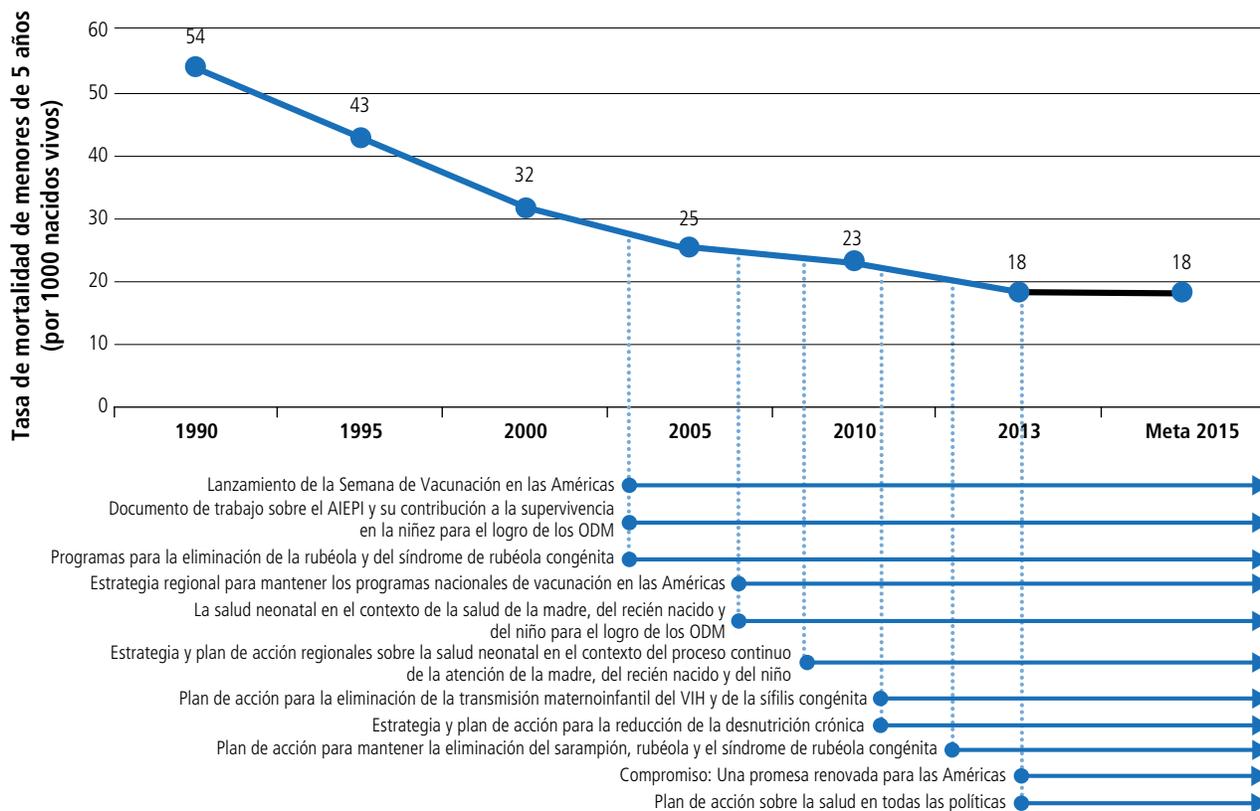
La reducción de la mortalidad en menores de 5 años se produjo como resultado de varias medidas emprendidas con el apoyo de la OPS. Destacan entre ellas diversas alianzas con organismos multilaterales, gobiernos y organizaciones de la sociedad civil; la creación de un mecanismo eficaz para promover la vacunación; y la formulación de estrategias para reducir la incidencia de las principales causas de mortalidad en menores de 1 año (figura 10).

En agosto de 1977, el Consejo Directivo de la OPS aprobó el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) para apoyar a los programas nacionales de vacunación. Formó parte de esta decisión el establecimiento del Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas, conocido como Fondo Rotatorio de la OPS. El PAI asignó los siguientes objetivos al Fondo Rotatorio (30), que se estableció con miras a aumentar colectivamente la disponibilidad de las vacunas y el acceso a ellas sin falta en los niveles nacional y regional:

- evitar que los programas nacionales de vacunación se interrumpan por falta de insumos o fondos;

- permitir el uso de las monedas nacionales para devolver el dinero aportado por el Fondo Rotatorio;
- crear economías de escala mediante la adquisición centralizada de vacunas al precio más bajo;
- asegurarse de que las vacunas adquiridas cumplan con las normas de calidad estipuladas por la OPS/OMS.

Figura 10. Tasa de mortalidad de menores de 5 años (por 1000 nacidos vivos) y contribuciones en esta área, América Latina y el Caribe, 1990-2015



Fuente: Grupo Interinstitucional para la Estimación de la Mortalidad en la Niñez, 2015 (24); Programa Especial de Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud (OPS), 2015.

En las fuentes indicadas en la lista de referencias hay más detalles acerca del fondo, sus afiliados, sus logros y los mecanismos de financiamiento (31).

En el 2002, un brote de sarampión en Colombia y Venezuela hizo que los países se propusieran prevenir brotes nuevos por medio de la vacunación a escala internacional. Inmediatamente después, en el 2003, se celebró la primera Semana de Vacunación en las Américas, con el respaldo de una resolución del Consejo Directivo de la OPS (32). En el 2014, 44 países en total participaron en la Semana de Vacunación en las Américas; cerca de 51 millones de personas de todas las edades fueron vacunadas. A cada país participante se le concede la flexibilidad de elegir qué actividades llevar a cabo durante la Semana de Vacunación en las Américas, en función de sus necesidades locales o nacionales. La mayoría de los países aprovechan esta oportunidad para fortalecer sus programas de vacunación ordinaria y administran vacunas para prevenir las siguientes afecciones: neumonía bacteriana, rubéola congénita, difteria, infección por virus del papiloma humano, gripe, sarampión, parotiditis, tétanos neonatal, poliomielitis, infección rotavírica, diarrea, tos ferina y fiebre amarilla (32). La Semana de Vacunación en las Américas también brinda una oportunidad de integrar algunas actividades de atención primaria, como la administración de suplementos de vitamina A y la desparasitación.

La Semana de Vacunación en las Américas requiere una planificación minuciosa y una coordinación logística de varios meses de duración. Los preparativos comprenden desde la definición de las metas y grupos prioritarios hasta la preparación

de un presupuesto, la estimación de la demanda y del equipo necesario, la capacitación del personal y el cálculo de los gastos de ejecución, tareas todas que se llevan a cabo con la cooperación técnica y económica de la OPS (32).

Los resultados de este esfuerzo conjunto de los Estados Miembros y el apoyo del Fondo Rotatorio se reflejan en la reducción del tétanos neonatal, el control de la fiebre amarilla y la eliminación de la rubéola y del síndrome de rubéola congénita. También se ha conseguido el control epidemiológico de la tos ferina y la difteria (28, 29).

Otras intervenciones de la OPS que han contribuido a los adelantos observados en la salud del niño son la fusión del Centro Latinoamericano de Perinatología con la Unidad de Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/WRH), así como la estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI), establecida en 1996 por la OMS y el UNICEF. Los tres componentes principales de esta estrategia son, a saber (33):

- mejorar el desempeño del personal de salud en las áreas de prevención y tratamiento de las enfermedades de la infancia;
- mejorar la organización y el funcionamiento de los servicios de salud, y
- mejorar las prácticas familiares y de la comunidad en lo relativo al cuidado de los niños.

En diciembre del 2002 se estableció una alianza regional con la Cruz Roja Americana en apoyo a la iniciativa Niños sanos: la meta del 2002, adoptada por 10 países de la Región con la finalidad de mejorar la prestación de atención médica a los niños de las comunidades más vulnerables. El cometido fundamental de la alianza era prestar apoyo técnico y económico para la aplicación de la estrategia AIEPI en estas comunidades (34).

En octubre del 2008, el Consejo Directivo de la OPS adoptó la *Estrategia y plan de acción regionales sobre la salud neonatal en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre, del recién nacido y del niño*. Para elaborar esta estrategia, la OPS llevó a cabo un largo proceso de consultas con los Estados Miembros, otros organismos internacionales multilaterales y bilaterales e instituciones de la sociedad civil. La iniciativa tiene por finalidad fortalecer la capacidad de los gobiernos para reducir la mortalidad materna y neonatal (27, 35).

En el 2013, en la Ciudad de Panamá, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), la OPS, Salud Mesoamérica 2015, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida, el UNFPA, el UNICEF, la USAID y el Banco Mundial establecieron un foro regional para evaluar los logros de los países de la Región en materia de salud reproductiva, de la madre, del recién nacido y del niño. La iniciativa llevó al acuerdo regional de adoptar una estrategia conocida por *Una promesa renovada*, cuya finalidad es detectar problemas importantes, servir de foro para el intercambio de modelos y planteamientos, y promover iniciativas en común mediante la movilización de recursos para acelerar la marcha hacia el cumplimiento de los ODM y del programa de acción sanitaria para después del 2015 (36).

En el recuadro 2 a continuación se indican las resoluciones de los Cuerpos Directivos de la OPS relacionadas con el ODM 4.

Recuadro 2. Resoluciones de los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud relacionadas con el ODM 4

CD25.R27	Programa ampliado de inmunización, 25.o Consejo Directivo de la OPS, 1977 (30)
CD44/12	La contribución de la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, 44.o Consejo Directivo de la OPS, 2003 (37)
CD44.R1	Mantenimiento de los programas de vacunación – eliminación de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita (SRC), 44.o Consejo Directivo de la OPS, 2003 (38)
CD45.R3	Los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las metas de salud, 45.o Consejo Directivo de la OPS, 2004 (39)
CD46/21	Informe de progreso sobre la familia y la salud, 46.o Consejo Directivo de la OPS, 2005 (40)
CD47.R10	Estrategia regional para mantener los programas nacionales de vacunación en las Américas, 47.o Consejo Directivo de la OPS, 2006 (41)
CD47.R19	La salud neonatal en el contexto de la atención de la salud de la madre, el recién nacido y el niño para cumplir los objetivos de desarrollo del milenio de las Naciones Unidas, 47.o Consejo Directivo de la OPS, 2006 (42)
CD48.R4	Estrategia y plan de acción regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre, del recién nacido y del niño, 48.o Consejo Directivo de la OPS, 2008 (27)
CD50.R12	Estrategia y plan de acción para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita, 50.o Consejo Directivo de la OPS, 2010 (43)
CD50.R11	Estrategia y plan de acción para la reducción de la desnutrición crónica, 50.o Consejo Directivo de la OPS, 2010 (18)
CD51/INF/5	Informes de progreso sobre asuntos técnicos: informe sobre el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud en la Región de las Américas, 51.o Consejo Directivo de la OPS, 2011 (44)
CSP28.R14	Plan de acción para mantener la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en la Región de las Américas, 28.a Conferencia Sanitaria Panamericana, 2012 (45)
CSP28.R20	Estrategia y plan de acción para la salud integral de la niñez, 28.a Conferencia Sanitaria Panamericana, 2012 (46)
CD52/INF/4C	Los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las metas de salud en la Región de las Américas, 52.o Consejo Directivo de la OPS, 2013 (47)
CD53.R3	Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 modificado, 53.o Consejo Directivo de la OPS, 2014 (48)
CD53.R2	Plan de acción sobre la salud en todas las políticas, 53.o, 2014 (49)
CD53.R13	Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia, 53.o Consejo Directivo de la OPS, 2014 (50)

ODM 5: Mejorar la salud materna

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

La salud sexual y reproductiva es un asunto prioritario en la Región. Para reducir las desigualdades en el acceso a la buena salud, es imprescindible que se proporcione a las mujeres una atención continua desde antes de la concepción y durante el embarazo, el parto y el puerperio, junto con la atención del recién nacido (51).

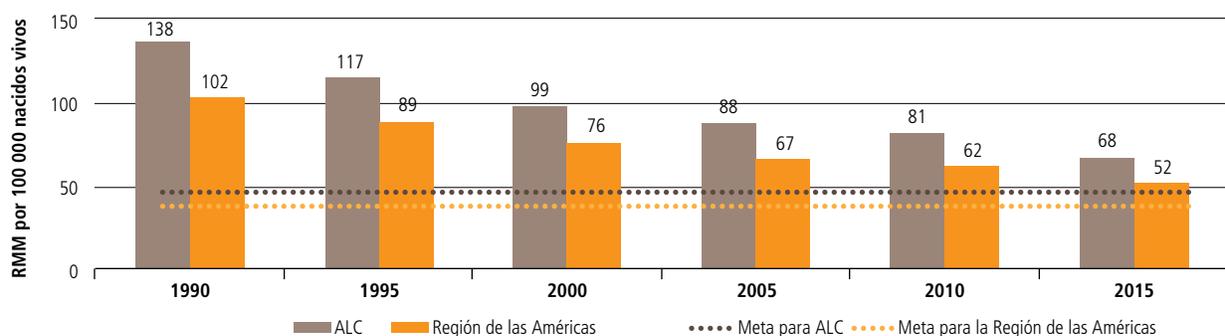
Indicador 5.1. Razón de mortalidad materna

La razón de mortalidad materna se define como el número de muertes, en mujeres, que se relacionan con el embarazo, el aborto espontáneo, el parto y los trastornos propios del puerperio, por 100 000 nacidos vivos. La muerte relacionada con el embarazo se define como la defunción de una mujer mientras está embarazada o en los 42 días posteriores al embarazo, independientemente de la causa de muerte. Actualmente varias instituciones se dedican a calcular este indicador. En el presente documento se usan datos del 2015 obtenidos del Grupo Interinstitucional para la Estimación de la Mortalidad Materna (MMEIG, por la sigla en inglés), integrado por la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Banco Mundial, y datos proporcionados por los Estados Miembros de la OPS (52).

Los datos existentes sobre la mortalidad materna a escala mundial, en la Región de las Américas y en América Latina y el Caribe apuntan a una tendencia descendente, la cual ha sido confirmada por estimaciones del MMEIG y de otros organismos internacionales. Sin embargo, hay diferencias entre las fuentes de los datos estimados.

Los cálculos del MMEIG indican que entre 1990 y el 2015 la razón de mortalidad materna en la Región disminuyó de 102 a 52 por 100 000 nacidos vivos, y que en América Latina y el Caribe dicha razón descendió de 138 a 68 por 100 000 nacidos vivos (figura 11). Durante este período, la razón descendió en un 2,7% y un 2,8% al año, en promedio, en la Región y en América Latina y el Caribe, respectivamente. Por consiguiente, a pesar de los adelantos en materia de mortalidad materna, no se alcanzó la meta de reducirla en un 75%. Por otro lado, si las tasas de mortalidad materna se calculan según el cuartil de ingresos de los países de la Región, saltan a la vista las diferencias entre los cuartiles más pobres y los más ricos (figura 12) (52).

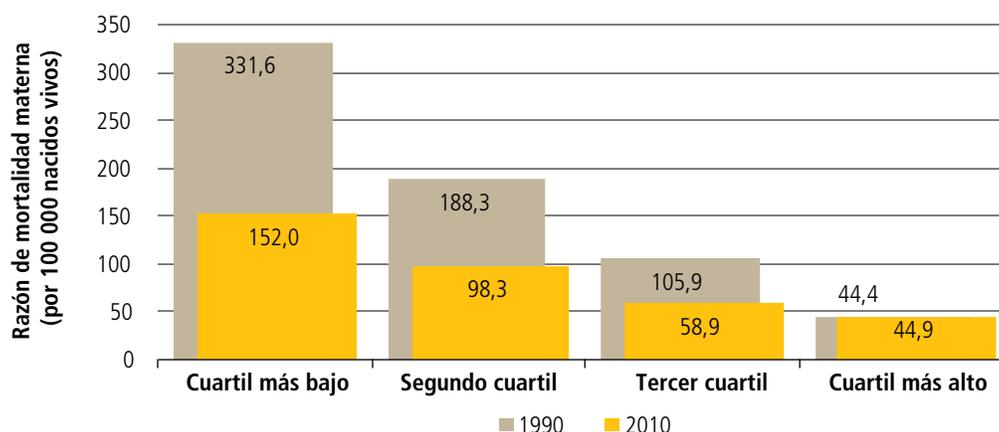
Figura 11. Estimación de la razón de mortalidad materna (RMM), por 100 000 nacidos vivos, Región de las Américas y América Latina y el Caribe (ALC), 1990-2015



Fuente: Grupo Interinstitucional para la Estimación de la Mortalidad Materna (52).

En la Región de las Américas, algunas cifras de mortalidad materna no son fidedignas debido a deficiencias en la cobertura de los registros de defunción. En consecuencia, debía reforzarse con urgencia la capacidad para recopilar, controlar e introducir datos en los sistemas de información sanitaria, iniciativa promovida por la OPS (53).

Figura 12. Razón de mortalidad materna, por cuartil de ingresos del país, América Latina y el Caribe, 1990 y 2010



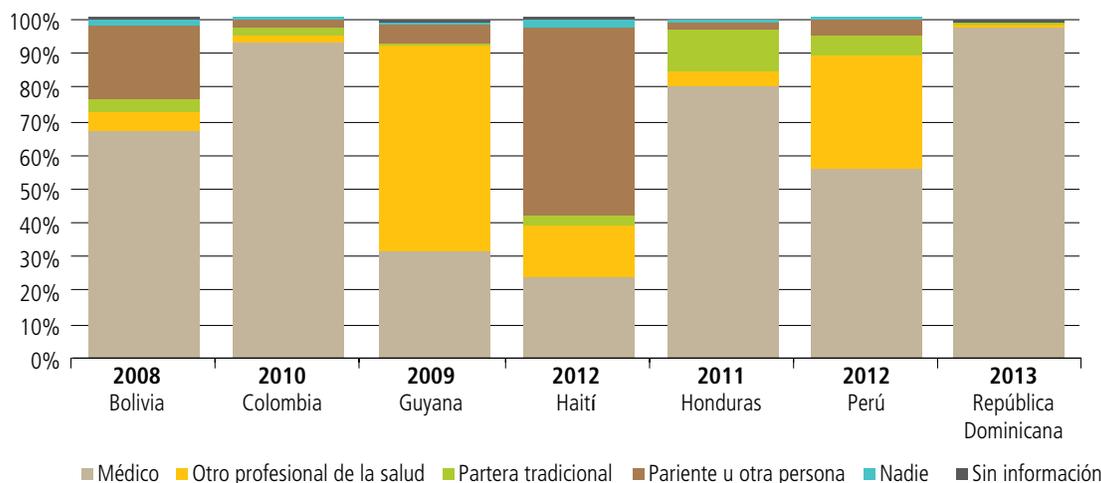
Fuente: Mujica, Programa Especial de Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud, Organización Panamericana de la Salud, 2015.

Indicador 5.2. Proporción de partos con asistencia de personal de salud calificado

La mortalidad materna se debe a causas obstétricas directas en un 70% de los casos, a causas indirectas en un 27%, y a causas inespecíficas en un 3%. El hecho de que la mayor parte de la mortalidad materna se deba a causas obstétricas directas pone de relieve la necesidad de que la atención durante el embarazo, parto y puerperio sea prestada por obstetras, enfermeras u otros profesionales con la debida capacitación técnica y práctica (54).

La proporción de los partos atendidos por personal de salud calificado en la Región mejoró sustancialmente, del 74% en 1990 al 94% en el 2014 (55); estos resultados se asemejan mucho a los datos aportados por la OPS, según los cuales al 2014, el 95,2% de los partos estaban atendidos óptimamente por personal sanitario (53). Actualmente, 27 de los 36 Estados Miembros de la OPS han logrado la meta de que el 90% de los partos sean atendidos por un profesional de la salud (56). La figura 13 muestra esta proporción en siete países de la Región.

Figura 13. Porcentaje de partos atendidos por personal de salud calificado, por tipo de personal, en siete países de la Región de las Américas, 2008-2012



Fuente: Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, 2014 (56).

En el 2012, por ejemplo, en Haití los partos atendidos por personal de salud fueron el doble en las zonas urbanas que en las zonas rurales. Hay, por otra parte, grandes desigualdades en la proporción de los partos atendidos por personal de salud.

En Bolivia en el 2008, por ejemplo, más del 95% de los partos en el quintil con los ingresos más altos fueron atendidos por personal de salud, por comparación con menos del 45% en el quintil más bajo (56).

La calidad es un factor tan fundamental como el acceso, como lo evidencia el hecho de que en 27 de los 36 países más del 90% de los partos son atendidos por personal calificado, y aun así las razones de mortalidad materna siguen siendo inadmisiblemente altas en la Región.

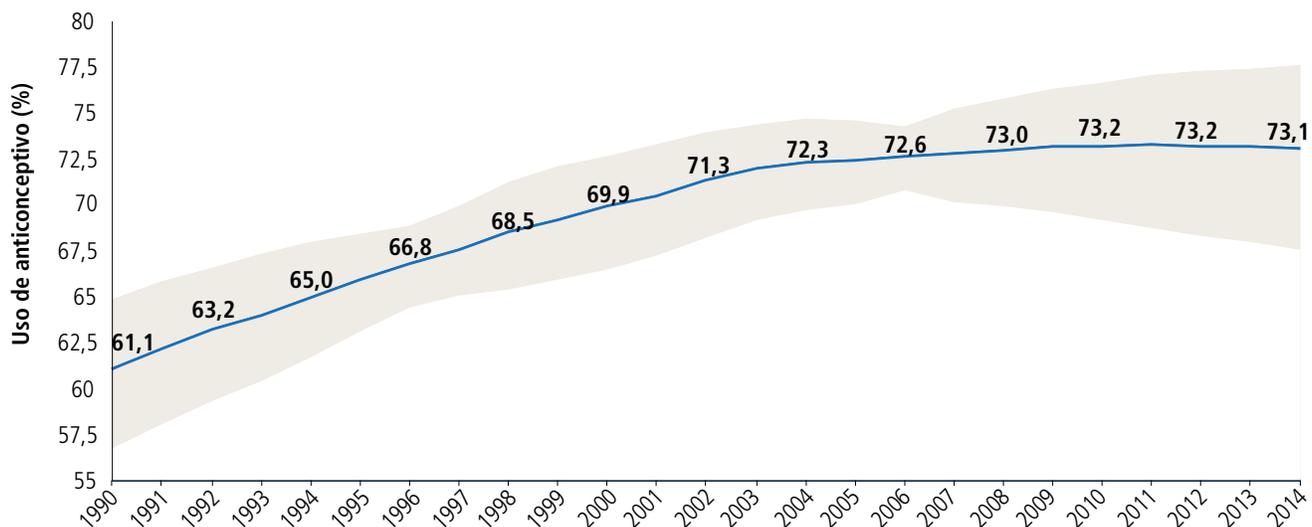
Meta 5.B: Lograr, para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva

Para reducir la mortalidad materna y mejorar la salud de la madre, es necesario que las mujeres tengan acceso a intervenciones de salud reproductiva eficaces en la práctica y de buena calidad, y muchos países han creado programas con este propósito. Sin embargo, el acceso universal a los servicios de salud reproductiva hasta ahora no se ha conseguido a escala regional ni en América Latina y el Caribe.

Indicador 5.3. Tasa de uso de anticonceptivos

En 1990, las Naciones Unidas estimaron que la prevalencia general del uso de anticonceptivos (de cualquier tipo) en América Latina y el Caribe era del 61%, mientras que en América del Norte dicha prevalencia era del 71,9%. Después de un aumento sostenido, en el 2014 la prevalencia había ascendido al 73,1% y al 75,1%, respectivamente, aunque, como puede verse en la figura 15, la tendencia ascendente parece haberse estabilizado en el último decenio (57, 58). Cabe señalar que estas cifras podrían ser difíciles de mejorar ostensiblemente porque las mujeres que actualmente están embarazadas o que no tienen actividad sexual (aunque estén casadas o en unión consensual) tendrán poca necesidad de usar anticonceptivos. Aun así, la figura 16 revela que sigue habiendo una necesidad insatisfecha de anticoncepción en las mujeres casadas o en unión consensual.

Figura 14. Estimación del porcentaje de mujeres, casadas o en unión consensual, que utilizan algún método anticonceptivo, América Latina y el Caribe, 1990-2014



Fuente: Naciones Unidas, 2014 (47, 58).

Nota: La zona sombreada representa el intervalo de confianza del 95%.

Indicador 5.4. Tasa de fecundidad entre las adolescentes

A pesar de haber bajado en general, la tasa de fecundidad en las adolescentes sigue siendo muy elevada en la Región. En el 2013, la tasa de fecundidad en las adolescentes a escala mundial se estimó en 45,3 nacimientos por cada 1000 mujeres entre los 15 y 19 años de edad, mientras que en América Latina y el Caribe dicha tasa fue de 67,1 por 1000 (59), situación que se

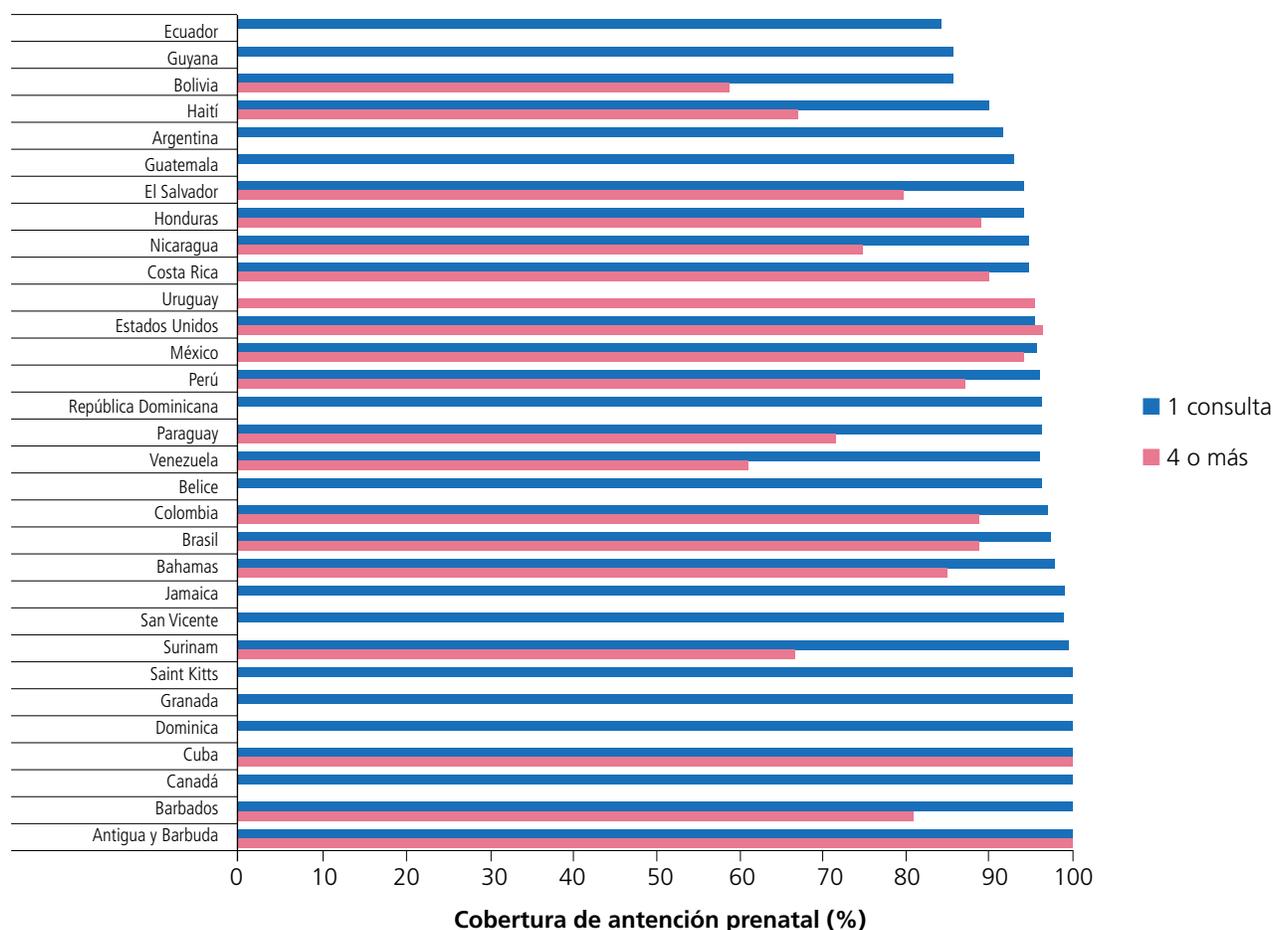
considera atribuible en gran medida a que las adolescentes suelen tener mayor dificultad con el acceso y uso de recursos de salud sexual y reproductiva.

Además, el embarazo en la adolescencia se asocia con un mayor riesgo de padecer complicaciones obstétricas. Según los datos existentes, una tercera parte de los embarazos ocurren en mujeres menores de 18 años de edad y, en este grupo, alrededor de un 20% de las complicaciones se producen entre las menores de 15 años (60).

Indicador 5.5. Cobertura de atención prenatal (al menos una consulta y al menos cuatro consultas)

En América Latina y el Caribe, el porcentaje de atención prenatal prestada por personal calificado ha aumentado sostenidamente desde 1990. La cobertura con una consulta prenatal como mínimo se aproxima al 100% (61) y, en el 2014, el 86,2% de las embarazadas habían acudido a cuatro o más consultas prenatales (53) (figura 15).

Figura 15. Cobertura de atención prenatal (%) (una consulta y cuatro consultas o más) por país, América Latina y el Caribe, 2014

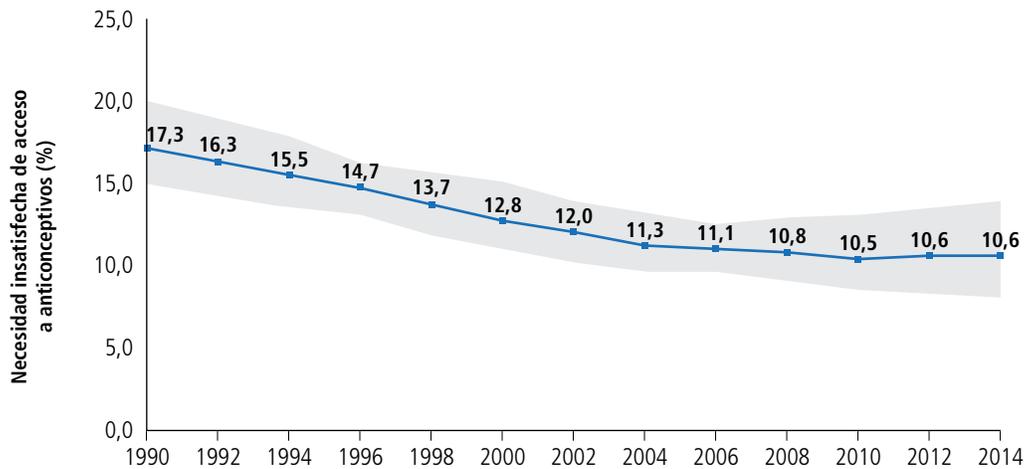


Fuente: Organización Panamericana de la Salud, 2014 (53).

Indicador 5.6. Necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar

Se produjo una disminución progresiva de la población con una necesidad insatisfecha de acceso a los métodos de planificación familiar. En 1990, el 17,3% de la población de América Latina y el Caribe y el 7,6% de la de América del Norte carecía de acceso a estos métodos; en el 2014, esta tasa había descendido al 10,6% y al 6,6%, respectivamente (figura 16).

Figura 16. Estimación del porcentaje de mujeres de 15 a 49 años de edad, casadas o en unión consensual, con una necesidad insatisfecha de acceso a métodos anticonceptivos, América Latina y el Caribe, 1990-2014



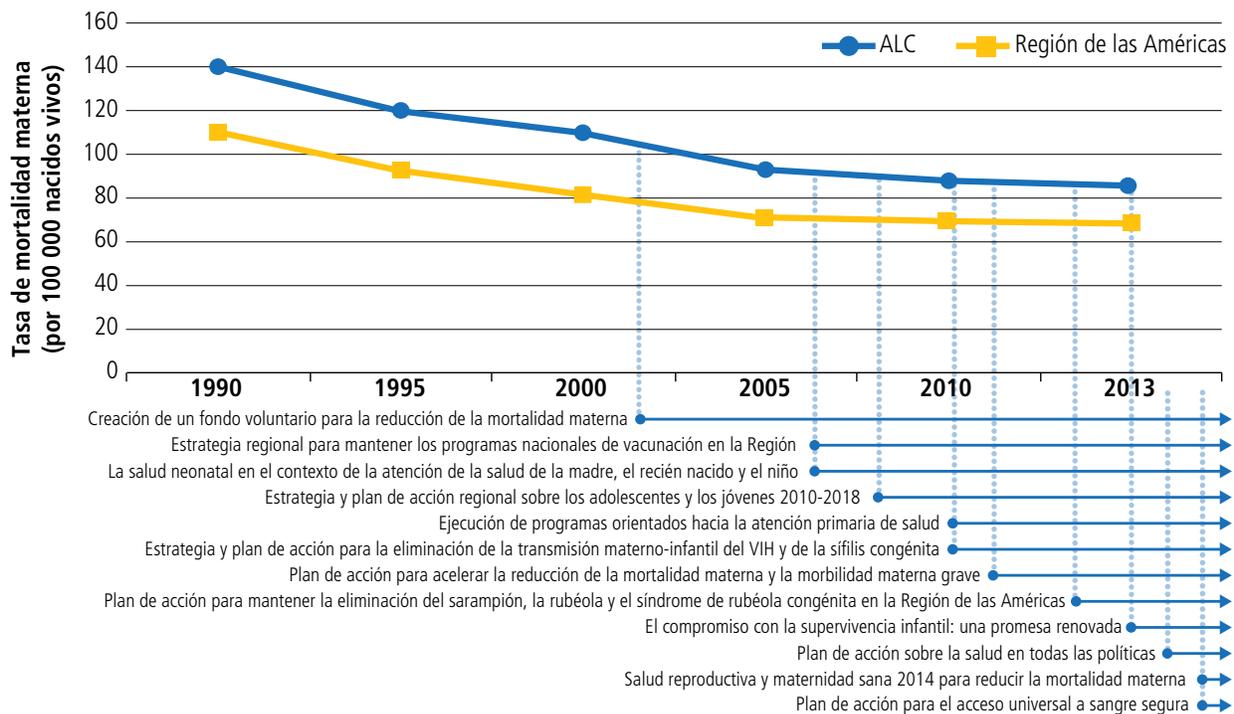
Fuente: Banco Mundial, 2014 (59).

Nota: La zona sombreada representa el intervalo de confianza del 95%.

Contribuciones al ODM 5

Aunque no se alcanzaron las metas trazadas, es mucho lo que se ha avanzado en lo referente a la salud de la mujer en América Latina y el Caribe. Esta tendencia positiva ha sido el fruto de iniciativas regionales y nacionales emprendidas con el apoyo de la OPS (figura 17); ahora, la Región deberá redoblar los esfuerzos por mejorar la salud sexual y reproductiva.

Figura 17. Estimación de la razón de mortalidad materna y contribuciones en esta área, Región de las Américas y América Latina y el Caribe, 1990-2015



Fuente: Grupo Interinstitucional para la Estimación de la Mortalidad Materna, 2015 (52); Programa Especial de Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud (OPS), 2015.

Con el fin de cooperar con los Estados Miembros hacia el cumplimiento de los ODM relacionados con la mortalidad materna y el acceso a los servicios de salud reproductiva, en el 2006 la OPS puso en marcha un nuevo marco regional para la promoción de los servicios de atención primaria de salud (3). En ese contexto se aprobaron y llevaron a cabo varios programas de capacitación para mejorar el nivel de destreza del personal de salud (62).

Dos años después, en el 2008, los Estados Miembros de la OPS adoptaron la *Estrategia y plan de acción regional sobre los adolescentes y los jóvenes* (63). La primera actividad, definida por el marco del plan, propició la recopilación de datos cualitativos y cuantitativos sobre la eficacia real de los servicios de salud reproductiva orientados hacia la juventud en los países de la Región.

En el 2009, los Estados Miembros de la OPS aprobaron una declaración, conocida como la Declaración de la Ciudad de México, para la educación integral de los jóvenes en materia de sexualidad (64). Esta declaración prestó legitimidad a las tareas de recopilación de datos y ayudó a engrosar el acervo de recursos nacionales, suplementados por medio de la cooperación internacional, destinados a mejorar la eficacia real de los servicios de salud reproductiva para los jóvenes (65).

En el 2011, la lentitud del progreso hacia la reducción de la mortalidad materna llevó a la adopción del *Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave*. Este plan instaba a los gobiernos a incluir iniciativas para la reducción de la mortalidad materna en sus programas de salud para el período del 2008 al 2017 mediante la adopción de políticas, programas nacionales y estrategias que se encaminaran a aumentar el acceso de las mujeres a servicios de salud de buena calidad y adaptados específicamente a sus necesidades (53).

Con miras a lograr una mayor concienciación y a fomentar mejores prácticas en relación con la maternidad sin riesgo, en el 2011 la OPS patrocinó varios concursos nacionales y una competencia regional para premiar actividades que se hubiesen emprendido con ambas finalidades. También se organizaron concursos de fotografía —uno nacional y otro regional— para seleccionar las mejores imágenes relativas a la promoción y protección del derecho de las mujeres, madres y recién nacidos a gozar del mejor estado de salud que se pueda alcanzar (66).

Aunque todavía falta mucho para que se cumpla el ODM 5, tienen importancia al respecto las siguientes intervenciones nacionales y regionales:

- la transición de un modelo de salud materno-infantil a un modelo de salud reproductiva;
- la reducción del número de embarazos no deseados y de abortos realizados en condiciones de alto riesgo;
- una mayor institucionalización del parto, así como el mejoramiento de los servicios de salud;
- la incorporación de un enfoque etnocultural en los partos atendidos en centros de salud situados en comunidades autóctonas;
- la incorporación reciente de “Cero muertes maternas por hemorragia”, iniciativa interdepartamental de la OPS.

La salud de la mujer, y en particular los aspectos que guardan relación con la maternidad, es un asunto prioritario en América Latina y el Caribe, y los Estados Miembros han acordado fortalecer las actividades relacionadas con los siguientes indicadores (9): la cobertura universal de salud, la calidad de la atención y los sistemas de información, y las actividades de vigilancia y seguimiento.

En el recuadro 3 a continuación se indican las resoluciones de los Cuerpos Directivos de la OPS relacionadas con el ODM 5.

Recuadro 3. Resoluciones de los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud relacionadas con el ODM 5

CSP26.R13	Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y morbilidad maternas, 26.a Conferencia Sanitaria Panamericana, 2002 (67)
CSP26.R14	Creación del fondo de contribución voluntaria para la reducción de la mortalidad materna en las Américas, 26.a Conferencia Sanitaria Panamericana, 2002 (68)
CD47.R10	Estrategia regional para mantener los programas nacionales de vacunación en las Américas, 47.o Consejo Directivo de la OPS, 2006 (41)
CD47.R19	La salud neonatal en el contexto de la atención de la salud de la madre, el recién nacido y el niño para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas, 47.o Consejo Directivo de la OPS, 2006 (42)
CSP27.R2	Eliminación de la rubéola y del síndrome de rubéola congénita en las Américas: informe de progreso, 27.a Conferencia Sanitaria Panamericana, 2007 (69)
CD48.R4	Estrategia y plan de acción regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre, del recién nacido y del niño, 48.o Consejo Directivo de la OPS, 2008 (27)
CD50.R12	Estrategia y plan de acción para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita, 50.o Consejo Directivo de la OPS, 2010 (43)
CD50/INF/6C	Informes de progreso sobre asuntos técnicos: Plan regional para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud, 50.o Consejo Directivo de la OPS, 2010 (70)
CD51.R12	Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave, 51.o Consejo Directivo de la OPS, 2011 (51)
CD53.R14	Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, 53.o Consejo Directivo de la OPS, 2014 (71)
CD53.R6	Plan de acción para el acceso universal a sangre segura, 53.o Consejo Directivo de la OPS, 2014 (72)
CD53.R2	Plan de acción sobre la salud en todas las políticas, 53.o Consejo Directivo de la OPS, 2014 (49)
CD53/INF/6C	Informes de progreso: Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave, 53.o Consejo Directivo de la OPS, 2014 (73)

ODM 6: Combatir el VIH/sida, la malaria y otras enfermedades

Infección por el VIH/Sida

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

Según estimaciones del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), al 2013 se habían notificado 102 473 casos nuevos de infección por el VIH en América Latina y el Caribe (figura 18). La cifra representa una buena reducción del número de casos nuevos desde 1990, año en que se notificaron 129 896 casos nuevos de infección por el VIH en América Latina y el Caribe (74).

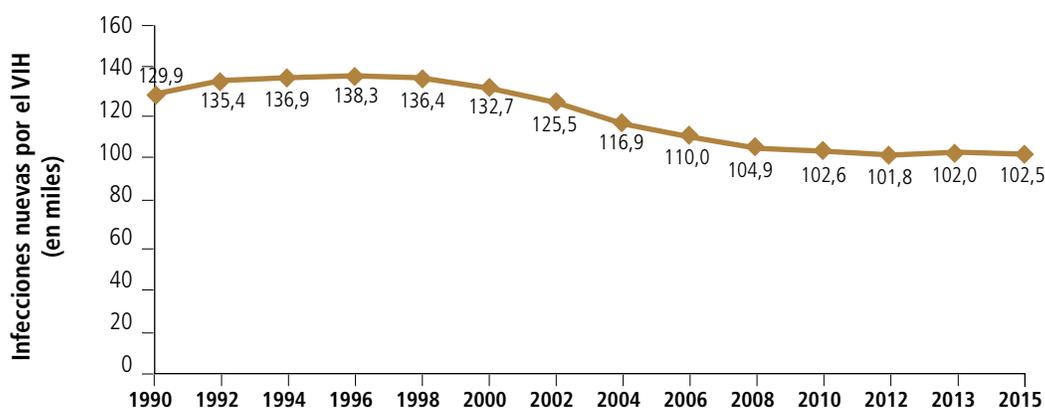


Figura 18. Estimación del número de infecciones nuevas por el VIH, América Latina y el Caribe, 1990-2015

Fuente: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida, 2015 (74).

Nota: La zona sombreada representa el intervalo de confianza del 95%.

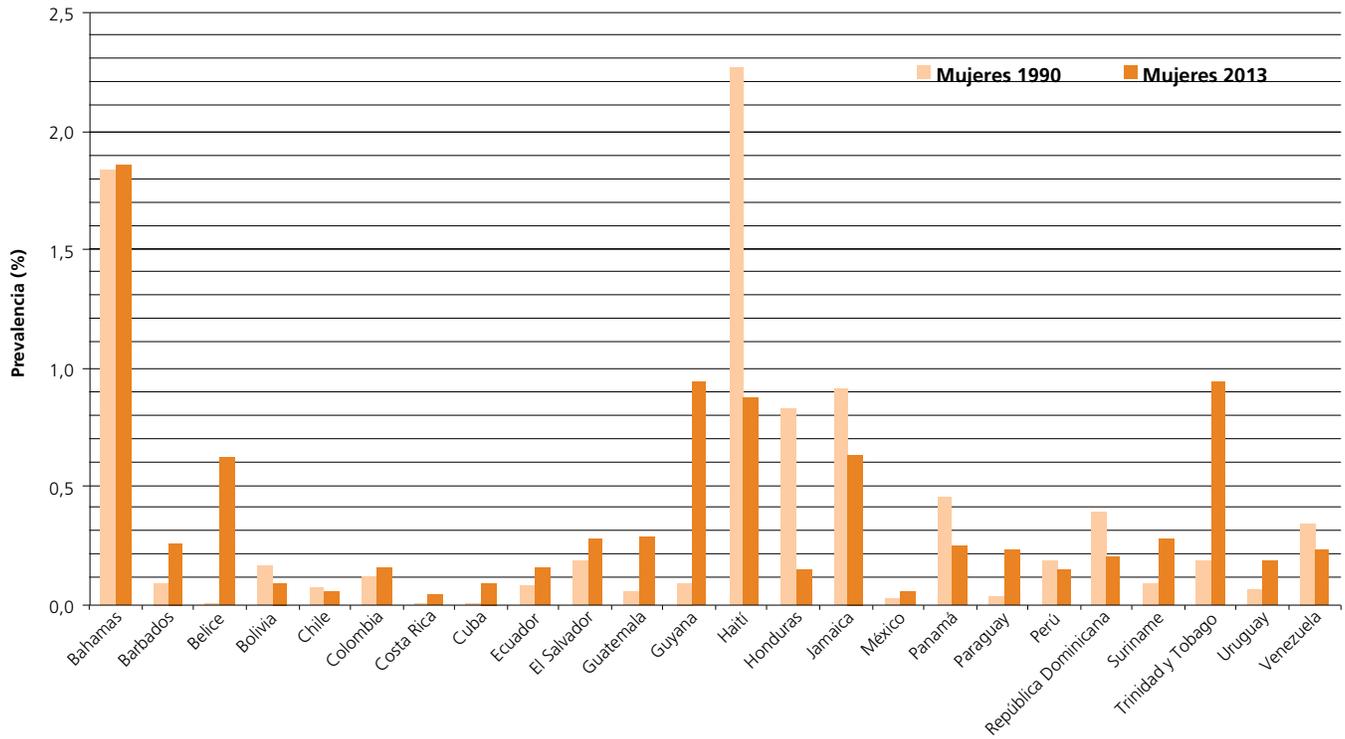
De 1990 al 2013, América Latina y el Caribe lograron reducir la proporción de casos nuevos de infección por el VIH en un 15% y 66%, respectivamente. En los 10 años transcurridos entre el 2003 y el 2013, el número de personas portadoras del VIH en América Latina aumentó en un 33%, mientras que en el Caribe este número descendió en un 11% (74).

Entre el 2001 y el 2013, el número de casos nuevos de infección por el VIH en niños de 0 a 14 años de edad disminuyó notablemente: en América Latina en un 22% y en el Caribe, en un 72%. En el 2013 solamente, el ONUSIDA estimó un total de 2300 casos nuevos de infección por el VIH en América Latina y el Caribe (74). Según la OPS, la lentitud para contener la propagación del VIH y el retraso en lograr su retroceso se deben a una carencia persistente de intervenciones preventivas, así como a la alta incidencia de la infección entre los grupos demográficos en situaciones de mayor vulnerabilidad (75).

Indicador 6.1. Prevalencia de la infección por el VIH entre las personas de 15 a 24 años

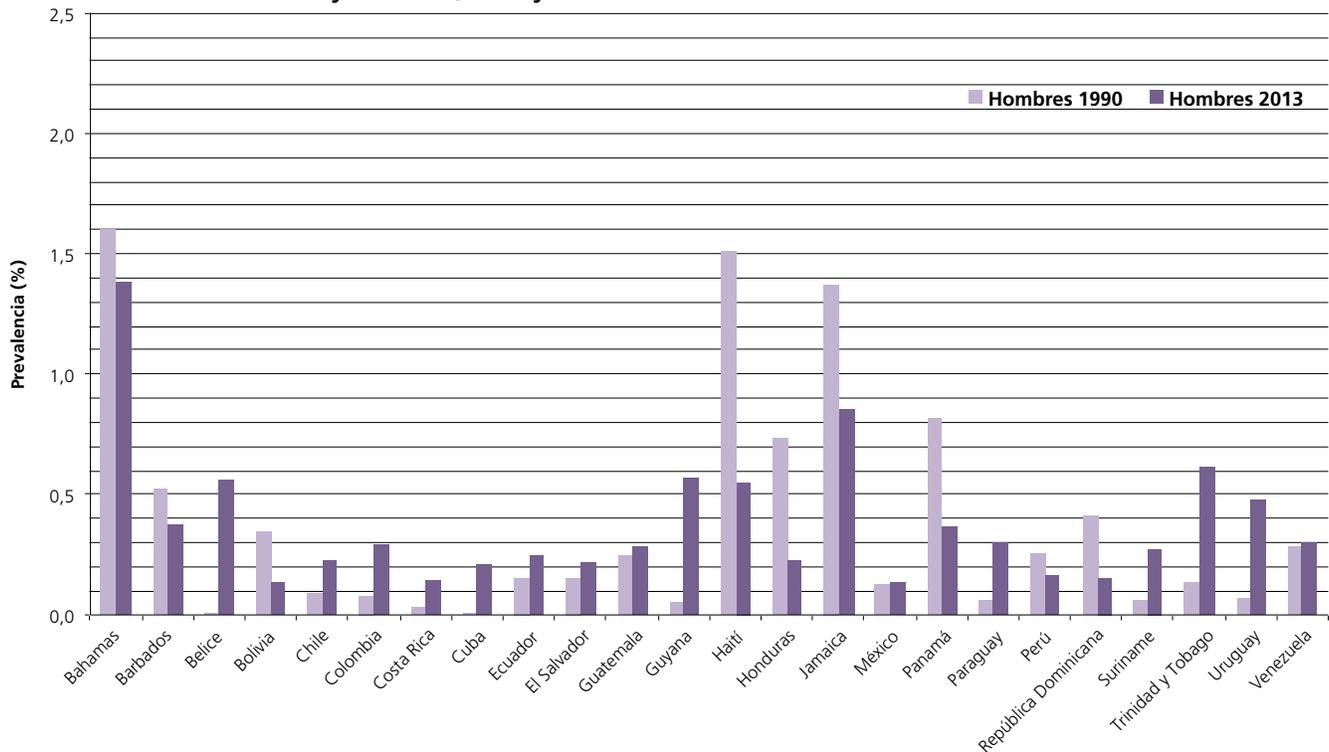
Según cálculos del ONUSIDA, la prevalencia de la infección por el VIH en personas entre los 15 y 24 años de edad en América Latina y el Caribe mostró una tendencia descendente en el Caribe en el período de 1990 al 2013, mientras que en América Latina las cifras han cambiado muy poco desde el año 2000 (74). Las figuras 19 y 20, del ONUSIDA, muestran la prevalencia estimada de la infección por el VIH en mujeres y hombres, respectivamente, en 1990 y 2013 en 24 países de la Región de las Américas.

Figura 19. Estimación de la prevalencia de la infección por el VIH, mujeres de 15 a 24 años de edad, por país, América Latina y el Caribe, 1990 y 2013



Fuente: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida, 2014 (74); Programa Especial de Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud (OPS), 2015.

Figura 20. Estimación de la prevalencia de la infección por el VIH, hombres de 15 a 24 años de edad, por país, América Latina y el Caribe, 1990 y 2013



Fuente: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida, 2014 (74); Programa Especial de Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud (OPS), 2015.

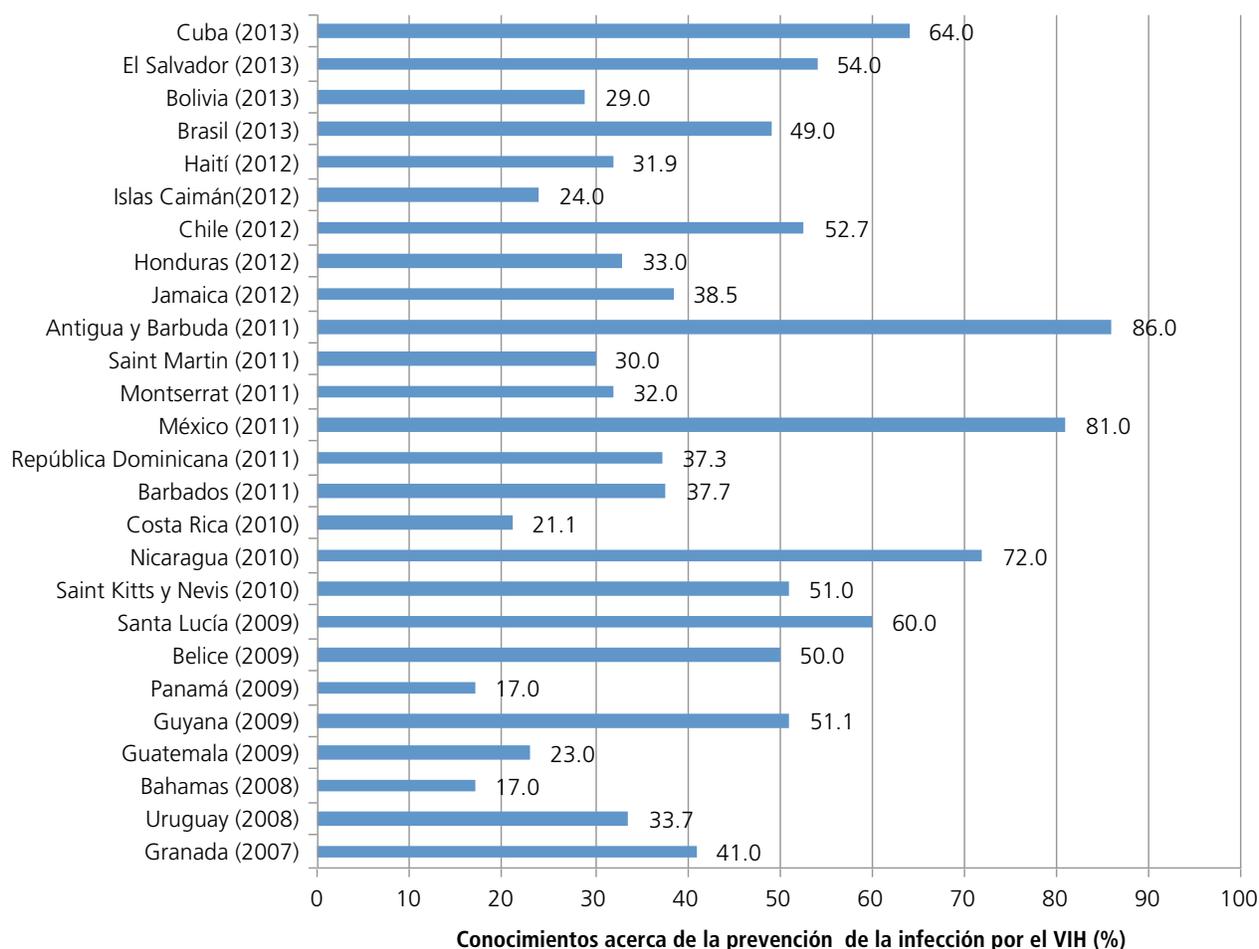
Indicador 6.2. Uso de preservativos en la última relación sexual de alto riesgo

El uso de un condón como práctica habitual durante el coito reduce el riesgo de transmisión del VIH. Se trata de una herramienta imprescindible para evitar que la infección se propague, incluso en países donde la incidencia es baja (76). En la mitad de los países de la Región, más del 57,8% de la población indica haber usado un condón en su última relación sexual de alto riesgo.

Indicador 6.3. Proporción de la población de 15 a 24 años que tiene conocimientos amplios y correctos sobre el VIH/sida

La proporción de jóvenes con conocimientos generales acerca de la infección por el VIH ha aumentado de manera sostenida; se han observado aumentos en 11 países de la Región. No obstante, sigue existiendo la dificultad de incrementar los conocimientos acerca de los métodos de prevención, especialmente en la juventud. Por ejemplo, en la mitad de los países de la Región, menos del 38,1% de los jóvenes de 15 a 29 años de edad tenían conocimientos amplios y correctos sobre la infección por el VIH/sida (74).

Figura 21. Porcentaje de la población de 15 a 24 años de edad con conocimientos acerca de la prevención de la infección por el VIH, por país, América Latina y el Caribe, 2007 y 2013



Fuente: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida, 2014 (74); Programa Especial de Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud (OPS), 2015.

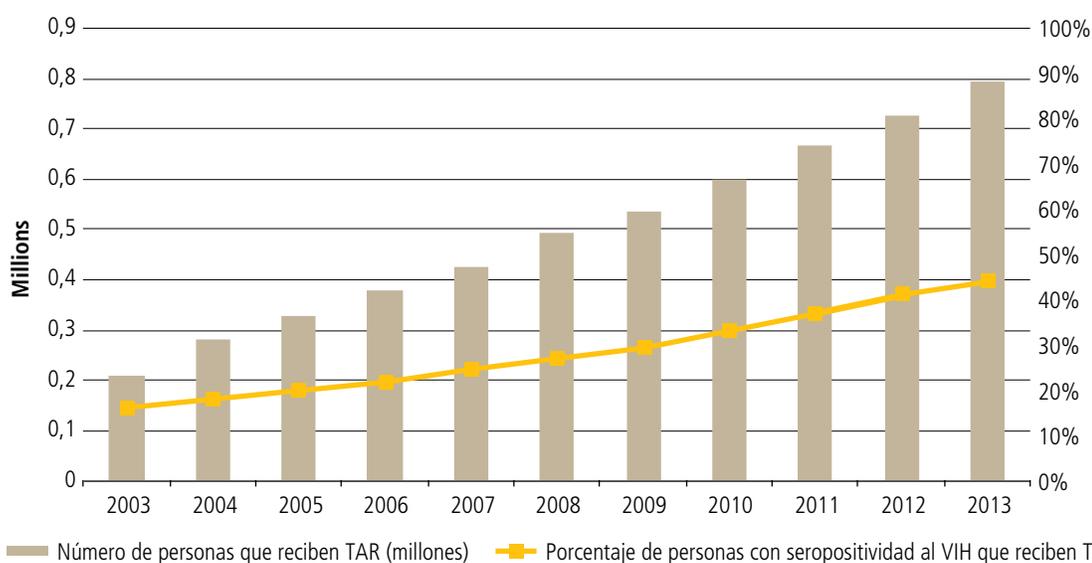
Meta 6.B: Lograr para el año 2010 el acceso universal al tratamiento del VIH/sida para todas las personas que lo necesiten

En América Latina y el Caribe, la cobertura del tratamiento con antirretrovíricos en la población que cumplía los requisitos para recibirlos era del 56% en el 2013. En las nuevas directrices de la OMS que se aprobaron ese mismo año se recomendaba iniciar el tratamiento con antirretrovíricos lo antes posible. Esto hizo que aumentara la población que reunía los requisitos para recibirlos y, por consiguiente, que disminuyera la proporción de la población que necesitaba el tratamiento con antirretrovíricos y lo recibió (77).

Indicador 6.5. Proporción de la población portadora del VIH con infección avanzada que tiene acceso a medicamentos antirretrovíricos

Se están produciendo adelantos. En América Latina y el Caribe, la proporción de personas con acceso al tratamiento con antirretrovíricos sigue aumentando; se estima que en la actualidad un total de 795 000 personas están en tratamiento. Teniendo como base los criterios nuevos de la OMS para determinar si una persona es apta para ser tratada, al 2013 esta cifra representaba el 44% del total de la población portadora del VIH en la Región (figura 22). La proporción entre los niños menores de 14 años se estimó en un 51% (78).

Figura 22. Número y proporción (%) de adultos y niños con infección avanzada por el VIH que reciben tratamiento con antirretrovíricos (TAR) en América Latina y el Caribe, por año, 2003-2013



Fuente: Organización Panamericana de la Salud, 2014 (78).

En el 2013, la proporción de embarazadas que recibían antirretrovíricos para prevenir la transmisión de la infección a sus recién nacidos fue del 95% en el Caribe y del 90% en América Latina (79).

Contribuciones al control de la infección por el VIH/sida

Desde el 2004, el Consejo Directivo de la OPS ha venido subrayando la necesidad de extender progresivamente el tratamiento de la infección por el VIH (80), consciente del imperativo de hacer más eficiente el acceso a dicho tratamiento (75, 81). Aunque las estadísticas regionales de los casos tratados son altas, sigue habiendo grandes disparidades entre países y dentro de cada país, así como entre distintos programas de tratamiento. Los resultados positivos observados a escala regional a menudo ocultan las carencias e ineficiencias de los sistemas nacionales de salud y de los programas de prevención intersectoriales.

Con el fin de mejorar la eficiencia de la atención y del tratamiento de la infección por el VIH, la OPS coopera en asuntos técnicos con los sistemas nacionales de salud de América Latina y el Caribe como parte de la iniciativa conocida como

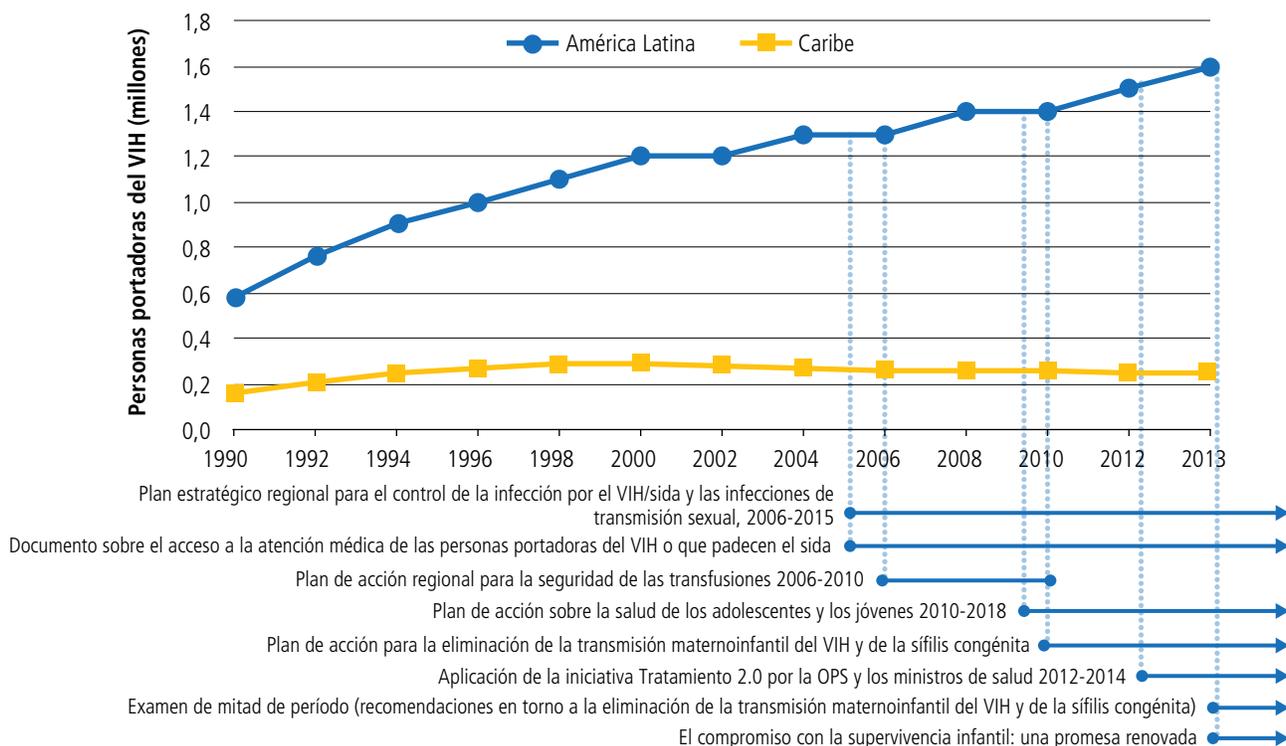
Tratamiento 2.0. Esta iniciativa, que se basa en un programa conjunto de la OMS y el ONUSIDA lanzado en junio del 2010, tiene por finalidad potenciar al máximo la eficiencia y la eficacia del tratamiento de la infección por el VIH. El objetivo declarado de la iniciativa fue, en su momento, alcanzar la meta mundial "15 en 15", es decir, lograr que para fines del 2015 hubiese 15 millones de personas en tratamiento con antirretrovíricos (82).

Para aplicar la iniciativa Tratamiento 2.0 en América Latina y el Caribe, la OPS ha establecido alianzas con diferentes entidades, entre ellas el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA), el Organismo Andino de Salud, la Asociación Pancaribeña contra el VIH y el Sida y el Grupo de Colaboración Técnica Horizontal. Figuran entre las actividades principales de esta iniciativa las misiones celebradas conjuntamente por la OPS y los ministerios de salud, 14 de las cuales tuvieron lugar entre el 2012 y el 2014 (78).

En el 2010, la OPS y el UNICEF promovieron una iniciativa conjunta para ayudar a los gobiernos de América Latina y el Caribe a detener la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita (83). El 30 de junio del 2015, un comité regional de expertos de la OPS/OMS y el UNICEF reconoció a Cuba como el primer país del mundo en haber eliminado la transmisión materno-fetal de la infección por el VIH/sida y la sífilis congénita (84).

Como se señaló anteriormente, los Estados Miembros de la Región emitieron la Declaración de México en agosto del 2008 con el fin de fomentar la eficacia real de los programas de educación sexual para jóvenes y de prestarles legitimidad y credibilidad. Con ello sentaron las bases para la *Estrategia y plan de acción regional sobre los adolescentes y los jóvenes* (63). Además, en una iniciativa para dar ímpetu al esfuerzo conjunto de los programas nacionales, los servicios de salud, los médicos y los representantes de la sociedad civil, la OPS impulsó la celebración del Primer Foro Latinoamericano y del Caribe sobre el Continuo de Atención del VIH, que tuvo lugar en Ciudad de México del 26 al 28 de mayo del 2014. Participaron en él más de 100 personas de 26 países, entre ellas representantes de los programas nacionales, científicos, académicos expertos en la infección por el VIH/sida y representantes de las organizaciones patrocinadoras (figura 23) (84).

Figura 23. Estimación del número de personas portadoras del VIH y contribuciones en esta área, América Latina y el Caribe, 1990-2013



Fuente: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida, 2014 (74); Programa Especial de Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud (OPS), 2015

La cooperación técnica de la OPS también ha sido el catalizador para la adopción de nuevas metas regionales en respuesta a la infección por el VIH/sida, entre ellas las siguientes metas para el 2020 (77):

- diagnosticar la infección por el VIH en el 90% de las personas que la padezcan;
- proporcionar el tratamiento con antirretrovíricos al 90% de la población que cumple los criterios para recibirlos;
- lograr la supresión del virus en el 90% de las personas en tratamiento con antirretrovíricos;
- reducir el diagnóstico tardío a un 10% de las personas en quienes se diagnostica la infección inicialmente.

Finalmente, por tercer año consecutivo desde el 2012, la OPS, junto con el Grupo de Cooperación Técnica Horizontal en VIH/Sida (GCTH) y representantes de la sociedad civil, ha publicado la obra titulada *Tratamiento antirretroviral bajo la lupa: un análisis de salud pública en Latinoamérica y el Caribe*. En este anuario se examina la vulnerabilidad de los programas de tratamiento con antirretrovíricos en América Latina y el Caribe, y se formulan recomendaciones para garantizar su sostenibilidad y el éxito del acceso universal al tratamiento (78).

La malaria

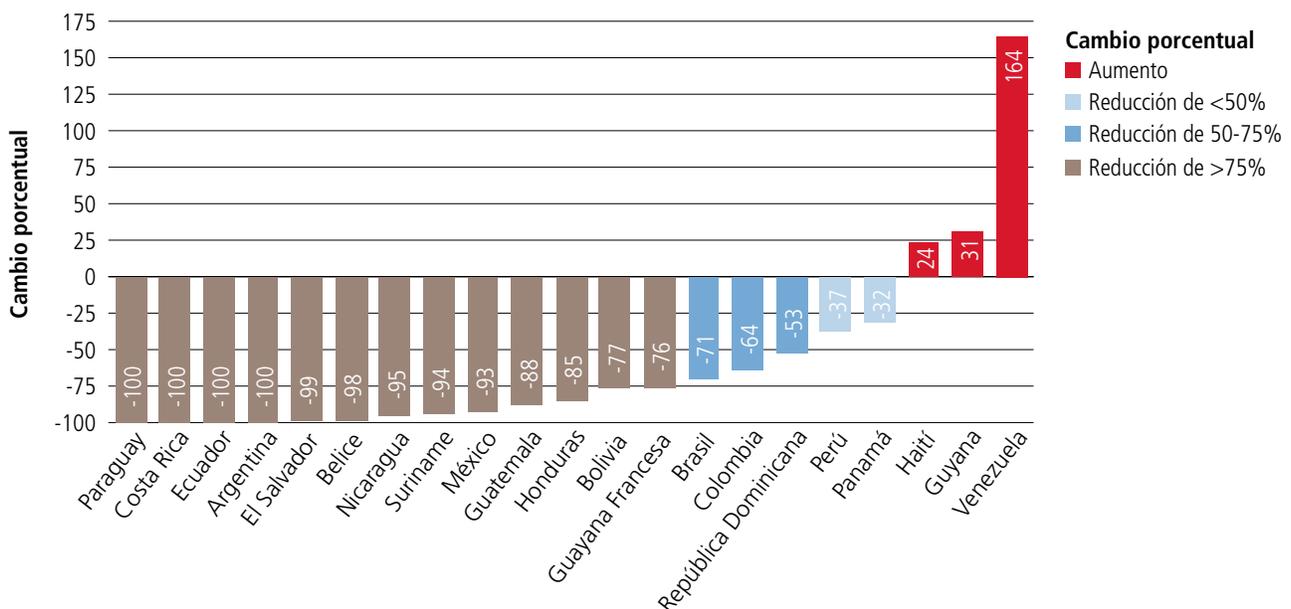
Meta 6.C: Haber detenido y empezado a revertir, para el año 2015, la incidencia de la malaria y otras enfermedades graves

Alrededor de 120 millones de personas en 21 países y territorios de la Región viven en zonas donde existe el riesgo de contraer la enfermedad. De ellas, 25 millones están en alto riesgo. Se puede constatar que la mayoría de los países han alcanzado esta meta.

Indicador 6.6. Tasas de incidencia y mortalidad asociadas con la malaria

En el 2013, un total de 427 904 personas en los 21 países y territorios endémicos de la Región contrajeron la malaria, lo que representa una reducción del 64% de la morbilidad desde el 2000. En el 2013 hubo solamente 84 defunciones por malaria, cifra equivalente a una reducción del 78% con respecto al 2000 (85, 86). La figura 24 indica que 13 países de la Región alcanzaron la meta regional de reducir los casos confirmados de malaria en un 75%, mientras que otros cinco países están próximos a lograr esta meta.

Figura 24. Cambio porcentual del número de casos de malaria confirmados, por país, América Latina y el Caribe, 2000-2013



Fuente: Organización Panamericana de la Salud, 2013 (85).

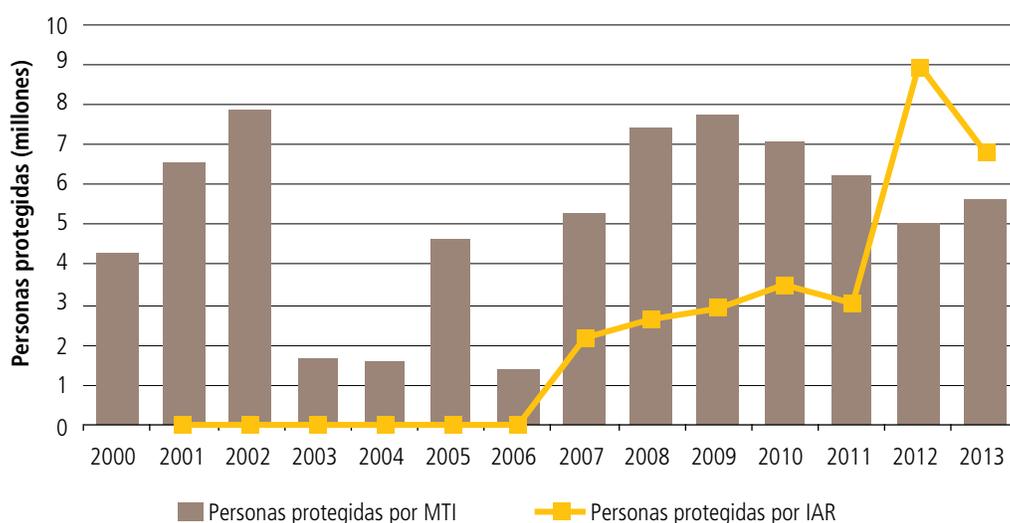
En total, 14 Estados Miembros de la OPS están en la etapa de control con respecto a la detención de la transmisión local de la malaria, mientras que seis están en la etapa previa a la eliminación y uno, en la etapa de eliminación (85).

Indicador 6.7.

En la Región de las Américas, a diferencia de otras regiones como la de África, los mosquiteros tratados con insecticida (MTI) se usan poco, debido en gran parte a que las poblaciones afectadas por la malaria viven en zonas donde la transmisión ocurre durante actividades laborales fuera de las viviendas.

Además, debido al descenso paulatino de la malaria y al mayor número de zonas donde la transmisión ha sido poca en años recientes, el rociamiento de interiores con insecticidas de acción residual ha disminuido también. Aunque en Haití se distribuyeron dos millones de mosquiteros tratados con insecticidas en el 2012, en otros países, especialmente Guatemala, su uso neto mostró una tendencia descendente. Este indicador no se vigila en la Región, pero sí se notifica el número de personas protegidas mediante el rociamiento de interiores con insecticida de acción residual y mediante el uso de mosquiteros tratados con insecticida (figura 25) (85).

Figura 25. Número de personas protegidas mediante el rociamiento de interiores con insecticidas de acción residual (IAR) y mediante el uso de mosquiteros tratados con insecticida (MTI), América Latina y el Caribe, por año, 2000-2013



Fuente: Organización Panamericana de la Salud, 2013 (85).

Del 2004 al 2008, casi 2,7 millones de mosquiteros tratados con insecticida se distribuyeron en 15 de los 21 países de la Región donde la malaria es endémica. En el *Informe mundial sobre el paludismo 2014*, publicado por la OMS, se señala que de los 21 países en riesgo en la Región, solamente la Argentina y Paraguay no usaban mosquiteros impregnados con insecticida debido a que ya estaban en la etapa final de la eliminación de la enfermedad (86).

Gran parte de la distribución de mosquiteros impregnados con insecticida ha sido financiada con donaciones del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, así como de la Iniciativa contra la Malaria en la Amazonía (AMI), que recibe fondos de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. Dicha iniciativa también ha promovido el uso de una combinación de fármacos para el tratamiento de la malaria causada por *Plasmodium falciparum*, ya que hay indicios de que este agente patógeno en particular ha adquirido resistencia a los medicamentos usados en el pasado (87).

Contribuciones al control de la malaria

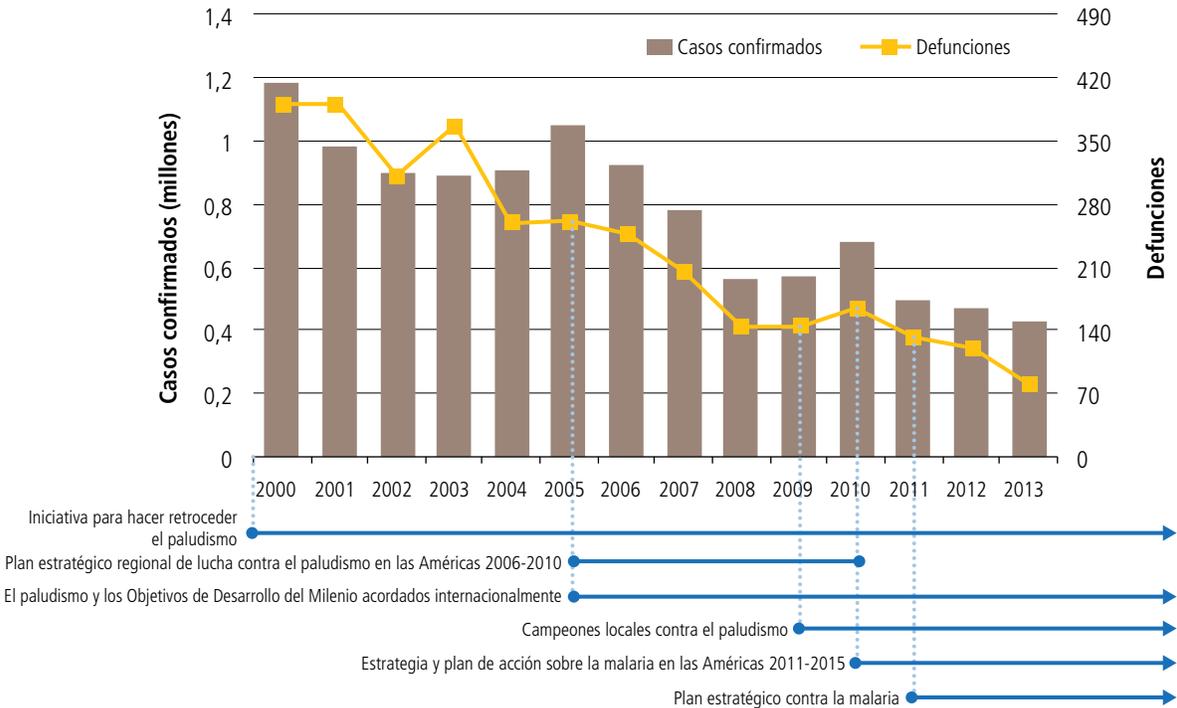
Con miras a lograr las reducciones previstas en la incidencia de la malaria, la OPS emprendió actividades en varios frentes, entre ellas la de coordinar la labor de algunos organismos de cooperación internacional de carácter bilateral y multilateral

(figura 26). La OPS también respondió a la necesidad de intervenir en el nivel local mediante el establecimiento de programas de incentivos y el reconocimiento de los esfuerzos de las comunidades y de los equipos de salud locales. Algunas de estas actividades se describen brevemente en este informe.

En el ámbito internacional, en 1998 la OMS puso en marcha una iniciativa interinstitucional conocida por Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo. En ella participaron diversos organismos multilaterales, como el Banco Mundial, el UNICEF y el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, así como diversas entidades bilaterales, entre ellas las agencias de desarrollo internacional de los Estados Unidos de América y el Reino Unido (88). Contra este telón de fondo, en el 2005 la OPS aprobó el *Plan estratégico regional para la malaria en las Américas 2006-2010* (89), que llevó a una reducción de la morbilidad y mortalidad por malaria en la Región del 52% y 69%, respectivamente. A raíz de esta iniciativa se adoptó, a su vez, la actual *Estrategia y plan de acción sobre la malaria en las Américas 2011-2015* (90), que ha consistido básicamente en brindar asistencia técnica y seguir las actividades del programa nacional contra la malaria de cada Estado Miembro de la OPS. Este esfuerzo por crear mayor capacidad también ha repercutido favorablemente en el control de otras enfermedades transmisibles. Por otra parte se ha procurado mejorar la detección temprana mediante iniciativas para fortalecer la capacidad de vigilancia de los sistemas nacionales de salud. Estas iniciativas se han llevado a cabo en zonas de alto riesgo, así como en lugares donde el riesgo ha descendido y la atención se centra en las medidas de prevención (91).

En el 2009, la OPS creó un premio —Campeones contra el Paludismo en las Américas— destinado a dar reconocimiento a aquellos esfuerzos innovadores, de alcance comunitario o nacional, que hubiesen ayudado a superar impedimentos concretos en relación con el control y la eliminación de la malaria. El programa cuenta con el apoyo de la Fundación Panamericana de la Salud y Educación, del Centro para la Salud Mundial de la Universidad de George Washington, y del Centro para Programas de Comunicación de la Escuela de Salud Pública Bloomberg de la Universidad de Johns Hopkins. Hasta la fecha el programa ha galardonado a 15 Campeones contra el Paludismo en las Américas, originarios de los siguientes países: Brasil, Colombia, Ecuador, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay, República Dominicana y Suriname (92).

Figura 26. Morbilidad y mortalidad por malaria y contribuciones en esta área, América Latina y el Caribe, por año, 2000-2013



Fuente: Organización Panamericana de la Salud, 2013 (85).

La tuberculosis

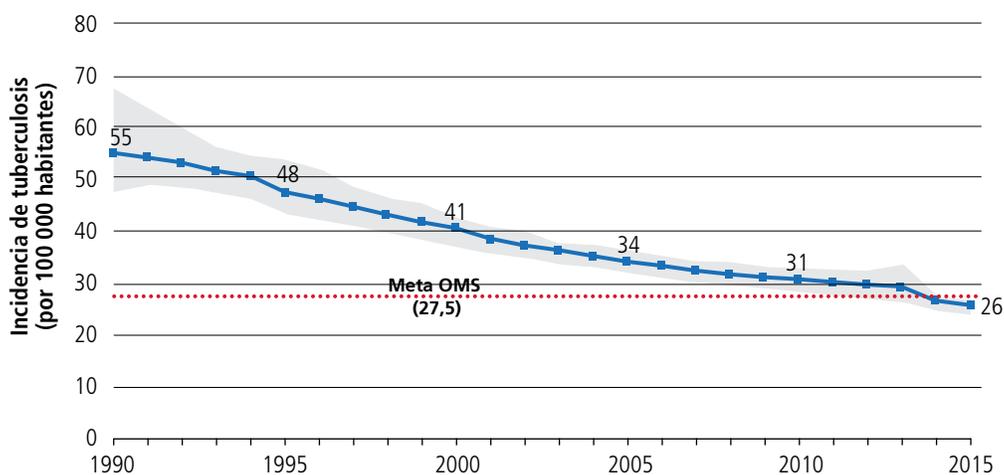
Esta área está enmarcada en la meta 6.C: haber detenido y comenzado a reducir, en el 2015, la incidencia de la malaria y otras enfermedades graves. Según los cálculos de la OMS, la incidencia de la tuberculosis ha venido descendiendo de forma sostenida en la Región de las Américas desde 1990, fenómeno digno de celebración. La incidencia de la tuberculosis se relaciona estrechamente con el ingreso familiar: la pobreza, la exclusión social y la discriminación predisponen a los sectores más desfavorecidos de la población a contraer la enfermedad debido a las demoras que estos enfrentan en el acceso a buenos servicios de salud.

Indicador 6.9. Tasas de incidencia, prevalencia y mortalidad asociadas a la tuberculosis

En los años noventa, la incidencia de la tuberculosis descendió en un 3% al año (de 56 a 40 casos por 100 000 habitantes). Del 2000 al año 2013, la disminución anual fue del 2,1% (de 40 a 29 casos por 100 000 habitantes) (figura 27). Según las proyecciones de la OMS, del 2013 al 2015 se anticipa un descenso de 29 a 26 casos por 100 000 habitantes en la Región de las Américas (93).

La mortalidad por tuberculosis también bajó, de 5,3 a 1,7 muertes por 100 000 habitantes anualmente entre 1990 y el año 2010 (figura 28), lo que equivale a una disminución general del 68%. En lo que a la prevalencia se refiere, la OMS ha estimado una disminución del 57%: de 89 a 38 casos por 100 000 habitantes. Por lo tanto, la meta de la OMS —reducir en más de la mitad las tasas de prevalencia y mortalidad de la tuberculosis entre 1990 y el 2015— ya se ha alcanzado con creces (93) (figura 29).

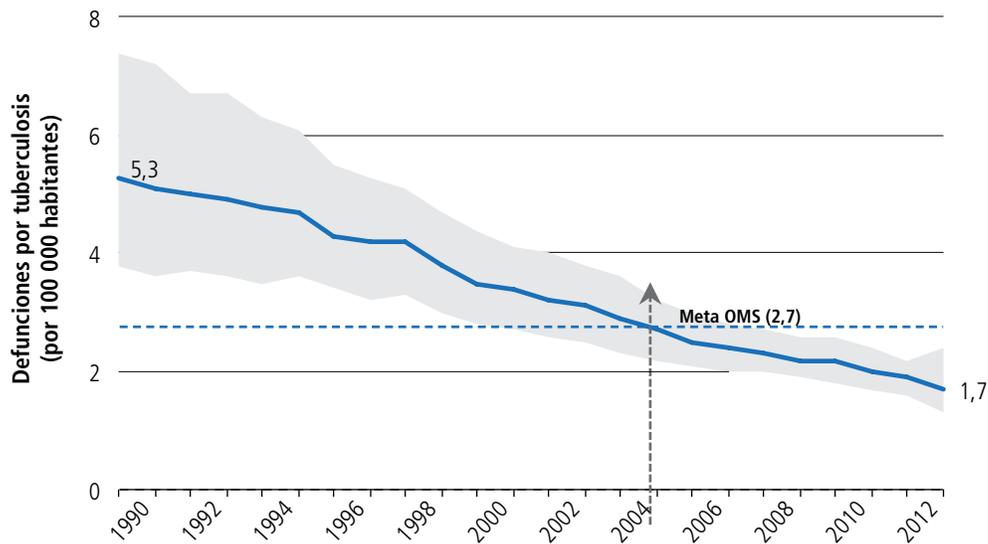
Figura 27. Estimación de la incidencia anual de la tuberculosis (por 100 000 habitantes), en todas sus formas, por año, y márgenes de incertidumbre, Región de las Américas, 1990-2015



Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2014 (93).

Nota: La zona sombreada representa el margen de incertidumbre del 95% donde podría encontrarse el valor verdadero.

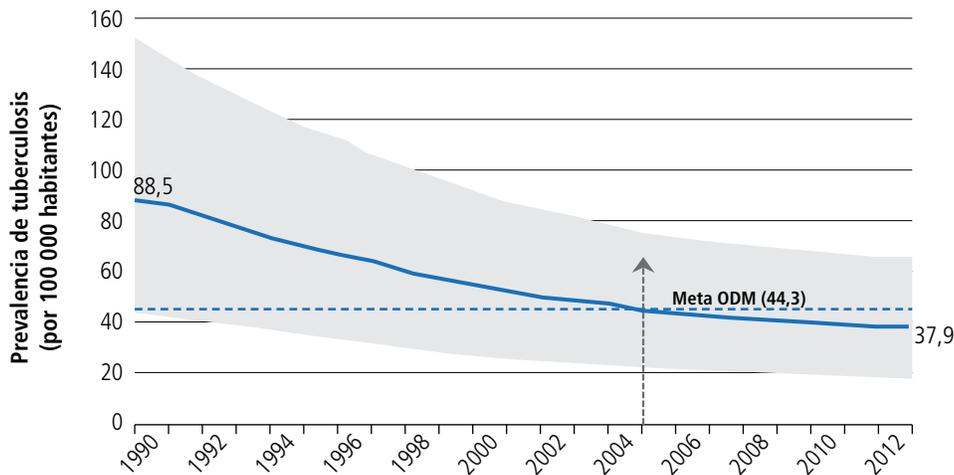
Figura 28. Tendencia epidemiológica de la mortalidad por tuberculosis, en todas sus formas, y márgenes de incertidumbre, Región de las Américas, 1990-2013



Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2014 (93).

Nota: La zona sombreada representa el margen de incertidumbre del 95% donde podría encontrarse el valor verdadero.

Figura 29. Estimación de la prevalencia de la tuberculosis, en todas sus formas, y márgenes de incertidumbre, Región de las Américas, 1990-2013



Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2014 (93).

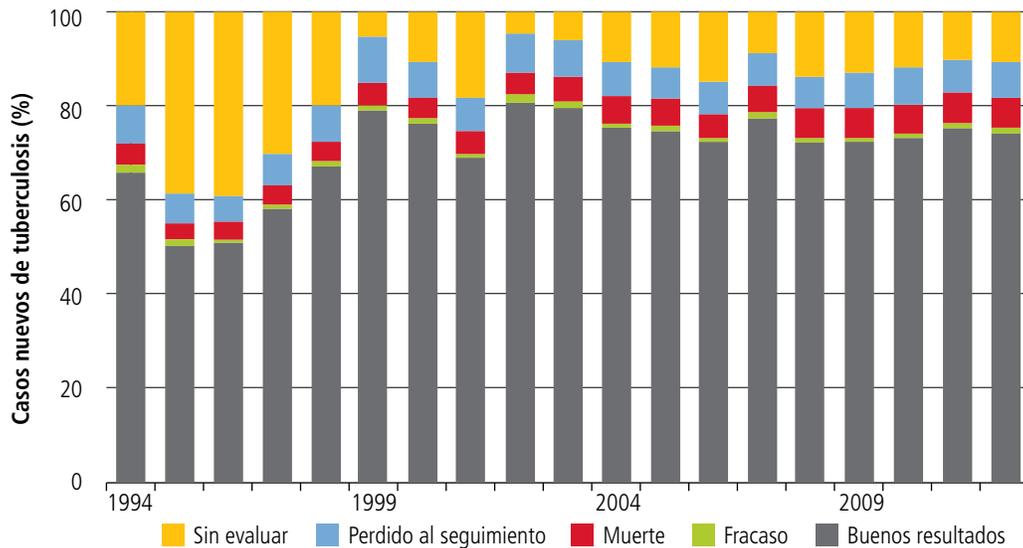
Nota: La zona sombreada representa el margen de incertidumbre del 95% donde podría encontrarse el valor verdadero.

Indicador 6.10. Proporción de casos de tuberculosis detectados y curados con el tratamiento breve bajo observación directa

En el 2013, la OMS calculó que el número de casos nuevos de todas las formas de tuberculosis en la Región era de 280 500. Ese año se notificaron 220 510 casos nuevos en total, equivalentes al 77% del total estimado. Estas cifras obedecen a mejoras en la detección, que aumentó del 71% del número estimado en el 2000 al 77% en el 2013; demuestran, además, que la meta de la OMS de detectar el 70% de los casos se ha superado (93).

Desde el 2005, la aplicación del tratamiento breve bajo observación directa (DOTS por su sigla en inglés) a todo caso nuevo de tuberculosis en cualquiera de sus formas (figura 30) ha permitido tratar con muy buenos resultados al 75% de los casos nuevos. Sin embargo, la Región no habrá alcanzado la meta mundial de 85% para fines del 2015 (93).

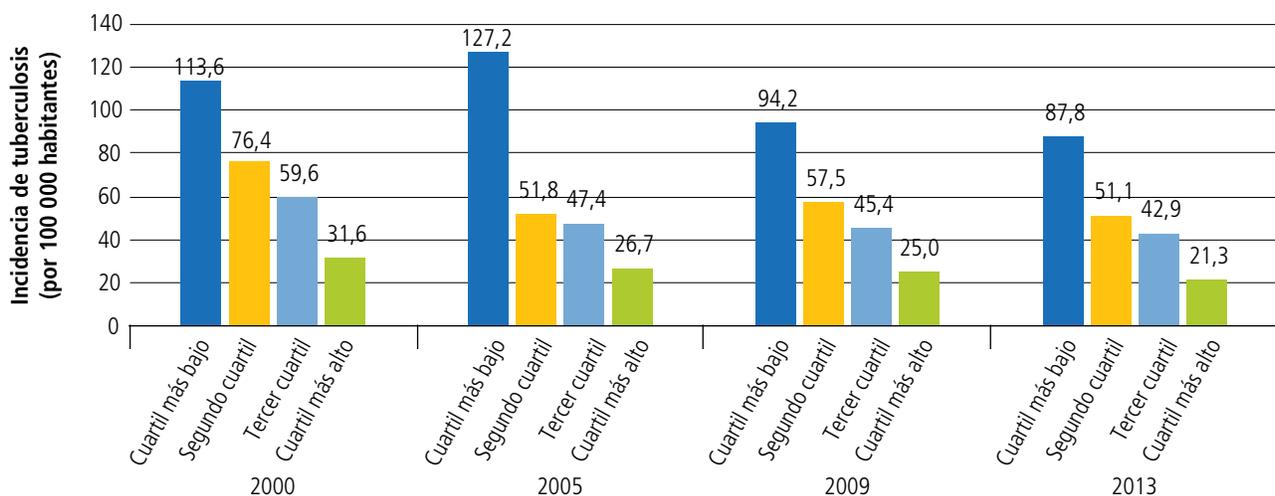
Figura 30. Cohorte de pacientes con tuberculosis, casos tratados con buenos resultados y recaídas, Región de las Américas, 1994-2012



Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2014 (93).

Como ya se ha señalado, la tuberculosis guarda una estrecha relación con la desigualdad social y su incidencia ilustra los efectos adversos de la desigualdad económica y social en la salud. La figura 31 indica que la incidencia de la tuberculosis es mayor en los países de la Región de las Américas que están clasificados en los cuartiles más bajos del índice de desarrollo humano. Como resultado de ello y a pesar de que ha bajado la incidencia de la tuberculosis en los dos últimos decenios, la desigualdad en el riesgo de contraer la enfermedad no ha cambiado ostensiblemente porque los grupos en las situaciones más vulnerables siguen estando excluidos de los servicios sociales y de salud.

Figura 31. Incidencia de la tuberculosis, según el cuartil del país en el índice de desarrollo humano (IDH), Región de las Américas, 2000, 2005, 2009 y 2013



Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Programa de Tuberculosis, 2014.

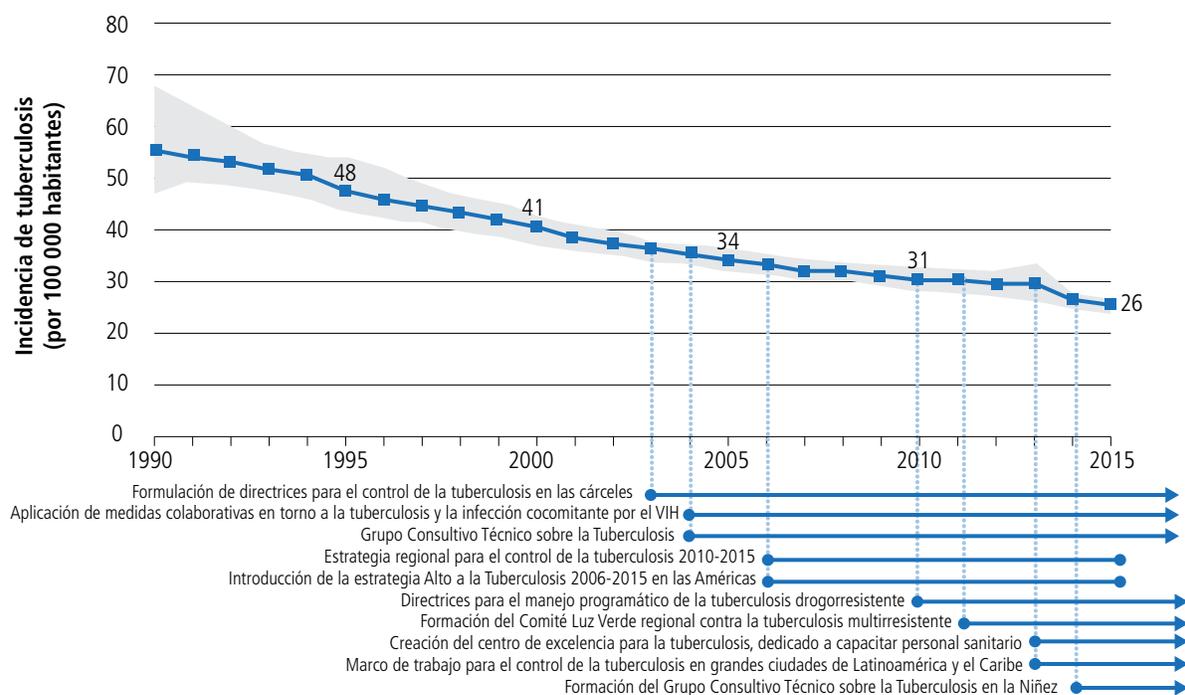
Contribuciones al control de la tuberculosis

La OPS ha promovido varias iniciativas que han favorecido el logro de los resultados previstos. Algunas se han centrado en reducir la incidencia de la tuberculosis en determinados grupos demográficos o en los países de menores ingresos donde no se

ha avanzado al ritmo anticipado hacia el cumplimiento de las metas (figura 32). La contribución se ha producido sobre todo en forma de cooperación técnica y de capacitación continua de carácter teórico y práctico en los países, encaminadas a fortalecer la capacidad de respuesta de los programas nacionales contra la tuberculosis. En el contexto de estas actividades, la OPS se alió con otros organismos y organizaciones internacionales en el marco de la Alianza Alto a la Tuberculosis, administrada por la OMS con la participación de los ministerios de salud y de las organizaciones de la sociedad civil (94). He aquí algunos de los sucesos más importantes:

- 2000: formación de un grupo de países de prevalencia baja con el fin de llevar a cabo actividades de control para eliminar la tuberculosis (94);
- 2003: puesta en marcha de actividades para el control de la tuberculosis en las cárceles mediante la definición de intervenciones y la formulación de directrices (96);
- 2004: aplicación de la política de la OMS en las actividades colaborativas en torno a la coinfección con el bacilo de la tuberculosis y el VIH (97);
- 2005: aplicación de iniciativas eficaces para el control de la tuberculosis y de recomendaciones adaptadas a las poblaciones indígenas (98);
- 2013: inicio de las labores correspondientes al Marco de trabajo para el control de la tuberculosis en grandes ciudades de Latinoamérica y el Caribe (99).

Figura 32. Estimación de la incidencia de la tuberculosis, en todas sus formas, y contribuciones en esta área, Región de las Américas, 1990-2015



Fuente: Organización Panamericana de la Salud, 2014; Programa Especial de Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud (OPS), 2015.

Otras iniciativas han sido la elaboración de estrategias y la puesta en marcha de programas y mecanismos para reducir la incidencia y, cuando sea posible, eliminar la tuberculosis (100):

- 2004: establecimiento del Grupo Consultivo Técnico Regional sobre la Tuberculosis, de la OPS/OMS, y, ese mismo año, del Grupo de Trabajo de Laboratorio sobre la Tuberculosis;
- 2006: introducción de la estrategia Alto a la Tuberculosis 2006-2015 (101) y puesta en marcha del *Plan regional para el control de la tuberculosis 2006-2015* (102);

- 2008: preparación del primer informe regional sobre la tuberculosis en la Región de las Américas, seguido en el 2009 de una reunión de expertos nacionales para la definición de las cifras estimadas de tuberculosis de la OMS para la Región (103);
- 2010: expansión de las *Directrices para el manejo programático de la tuberculosis drogorresistente* y comienzo de la ejecución del *Plan regional para reducir la propagación de la tuberculosis multirresistente* (100);
- 2011: creación del Comité Luz Verde regional para la atención programática de la tuberculosis farmacorresistente e introducción de una herramienta nueva para el diagnóstico rápido de la tuberculosis y de la tuberculosis resistente a la rifampicina (Xpert MTB/RIF) (104);
- 2013: creación del centro de excelencia para la tuberculosis, dedicado a la formación de recursos humanos en varios países de la Región (100);
- 2014: establecimiento del Grupo Consultivo Técnico sobre la Tuberculosis en la Niñez; introducción de nuevos fármacos contra la tuberculosis y primeros pasos en la preparación del plan regional para el período 2016-2025, que guiará el progreso bajo el plan de acción y la actual estrategia Alto a la Tuberculosis después del 2015 (100).

En el recuadro 4 a continuación se indican las resoluciones de los Cuerpos Directivos de la OPS relacionadas con el ODM 6.

Recuadro 4. Resoluciones de los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud relacionadas con el ODM 6

CD45.R10	Ampliación del tratamiento como parte de la respuesta integral a la infección por el VIH/sida, 45.º Consejo Directivo de la OPS, 2004 (80)
CD46.R13	La malaria y los objetivos de desarrollo internacionalmente acordados, incluyendo los contenidos en la Declaración del Milenio, 46.º Consejo Directivo de la OPS, 2005 (89)
CD46.R15	Plan estratégico regional de la Organización Panamericana de la Salud para el control de la infección por el VIH/sida y las infecciones de transmisión sexual (2006-2015), 46.º Consejo Directivo de la OPS, 2005 (81)
CD46.R12	Estrategia regional para el control de la tuberculosis para 2005-2015, 46.º Consejo Directivo de la OPS, 2005 (101)
CD46/20	El acceso a la atención para las personas que viven con el VIH o aquejadas de sida, 46.º Consejo Directivo de la OPS, 2005 (75)
CSP27.R11	Malaria en las Américas (informe de progreso), 27.a Conferencia Sanitaria Panamericana, 2007 (105)
CD50.R12	Estrategia y plan de acción para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita, 50.º Consejo Directivo de la OPS, 2010 (43)
CD51.R9	Estrategia y plan de acción sobre la malaria, 51.º Consejo Directivo de la OPS, 2011 (106)
CD51/15	Mesa redonda sobre la resistencia a los antimicrobianos, 51.º Consejo Directivo de la OPS, 2011 (107)
CD51/INF/5	Iniciativa regional y plan de acción para la seguridad transfusional 2006-2010: evaluación final, 51.º Consejo Directivo de la OPS, 2011 (44)

ODM 7: Garantizar la sostenibilidad del medioambiente

El medioambiente es un determinante fundamental de la salud de la población. La sostenibilidad ambiental se incluyó en la Declaración del Milenio no solo en vista de su valor ambiental intrínseco, sino también por su relación con la pobreza, la salud, la igualdad de género y los demás componentes del bienestar humano. A la luz de todo ello, la OMS y la OPS han llevado a cabo iniciativas para mejorar la calidad del aire en los espacios cerrados mediante una reducción del uso de combustibles sólidos en las viviendas y el fomento del empleo de combustibles menos contaminantes (108). El Plan Estratégico de la OPS 2015-2019 se encamina a ayudar a los Estados Miembros a reducir en un 5%, como mínimo, la proporción de la población que depende de combustibles sólidos para cocinar en aquellos países donde el uso de dichos combustibles tiene una frecuencia mayor del 10% (109).

El uso de combustibles sólidos para cocinar representa uno de los peligros ambientales más importantes en la Región y constituye, por ende, un problema de salud pública, habida cuenta de que afecta aproximadamente 90 millones de personas. Según cálculos de la OMS, más de 80 000 defunciones al año se atribuyen al uso de combustibles sólidos, mayormente entre la población que vive en las situaciones más vulnerables. Por ejemplo, el 50% de las defunciones por neumonía en los menores de 5 años son causadas por la contaminación del aire en espacios cerrados. La frecuencia del uso de combustibles sólidos varía entre los países de la Región; en Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, Paraguay y Perú, más del 40% de la población depende de estos combustibles (109).

Meta 7.C: Reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas sin acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento

Se ha adelantado mucho en el acceso a agua potable, pero al igual que en otras áreas, sigue habiendo desigualdades. América Latina tiene agua en abundancia; una tercera parte del agua de superficie continental del planeta fluye por los ríos Amazonas, Magdalena, Orinoco, Paraguay, Paraná y San Francisco, pero hacer llegar estos recursos a la población ha sido muy difícil debido a la manera en que han evolucionado los asentamientos humanos.

Dos terceras partes de la población de América Latina viven en una quinta parte de su territorio, donde se encuentra apenas un 5% de toda el agua que existe. Dos terceras partes del territorio de la Región son áridas o semiáridas; estas partes comprenden el centro y el norte de México, el nordeste brasileño, el norte de la Argentina y Chile, y el altiplano boliviano y peruano.

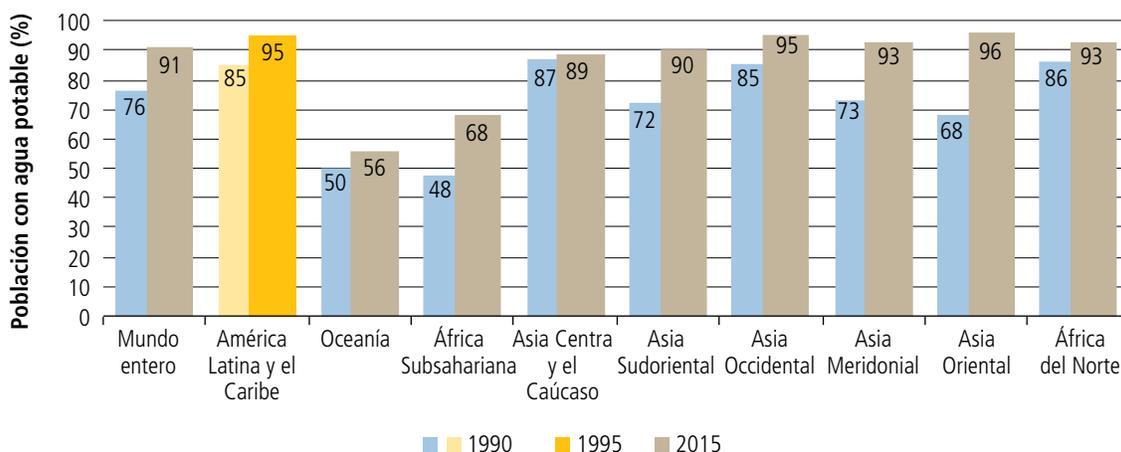
En el 2010, la Asamblea General de las Naciones Unidas reconoció explícitamente el derecho humano al agua y al saneamiento, y reafirmó que ambos son esenciales para el logro de todos los derechos humanos (110). En concreto, la intervención pública de mayor eficacia real para mejorar la salud colectiva e individual, especialmente la salud de los niños, las embarazadas y los ancianos, es la disponibilidad de agua potable y saneamiento (111).

Otras circunstancias afectan al acceso a agua potable y al saneamiento en la Región; una de ellas es el crecimiento urbano, que ha transformado sustancialmente la prestación de los servicios públicos, incluidos el abastecimiento de agua y el saneamiento básico. Según cálculos realizados por el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) en el 2013, para el 2015 se proyecta que la población total de América Latina ascenderá a 612,6 millones, de los cuales el 80% residirán en zonas urbanas (112). Casi todas las sociedades latinoamericanas dejaron de ser rurales durante la segunda mitad del siglo pasado. En el 2014, América Latina tenía cuatro de las 28 concentraciones de población urbana más grandes del mundo. Se trata de megalópolis con poblaciones de más de 10 millones, a saber, Buenos Aires, Ciudad de México, Rio de Janeiro y São Paulo, con Bogotá y Lima a punto de sumarse a estas filas. Según el Programa de Asentamientos Humanos de las Naciones Unidas, un tercio de los habitantes de las ciudades latinoamericanas viven en zonas marginales (113).

Indicador 7.8. Proporción de la población que utiliza fuentes mejoradas de abastecimiento de agua potable

Según cálculos de la OMS y el UNICEF, al 2015 cerca del 95% de los habitantes de América Latina y el Caribe tienen acceso a agua potable (figura 33), lo cual indica que se ha cumplido con creces la meta de 91,5% (114).

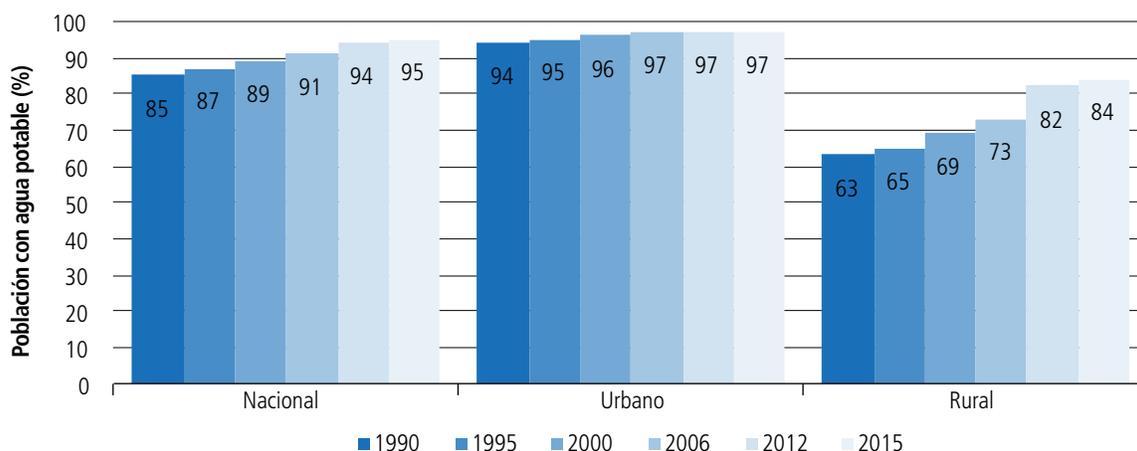
Figura 33. Uso de fuentes de agua potable mejoradas, por región y subregión del mundo, 1990 y 2015



Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2015 (115); Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2015 (116).

Pese a lo antedicho, todavía hay diferencias entre las poblaciones urbanas y rurales. Por ejemplo, en un mismo año, el 97% de la población urbana tuvo acceso a agua potable, pero solo lo tuvo el 84% de la población rural (figura 34). También hay diferencias de acceso dentro de las ciudades y entre ellas, así como entre distintos municipios, provincias, estados y regiones. En todos los casos, la falta de acceso a agua potable es un problema que aqueja en mayor grado a los sectores más pobres (115, 116).

Figura 34. Población (%) con acceso sostenible a abastecimientos de agua potable, por residencia urbana o rural, América Latina y el Caribe, 1990-2015

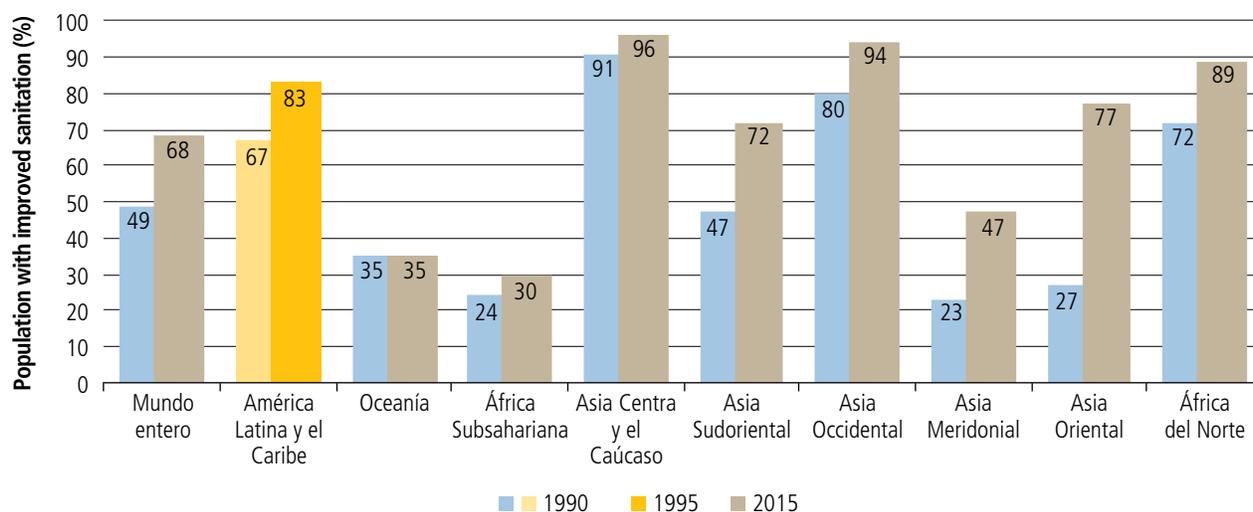


Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2015 (115); Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2015 (116).

Indicador 7.9. Proporción de la población que utiliza servicios de saneamiento mejorados

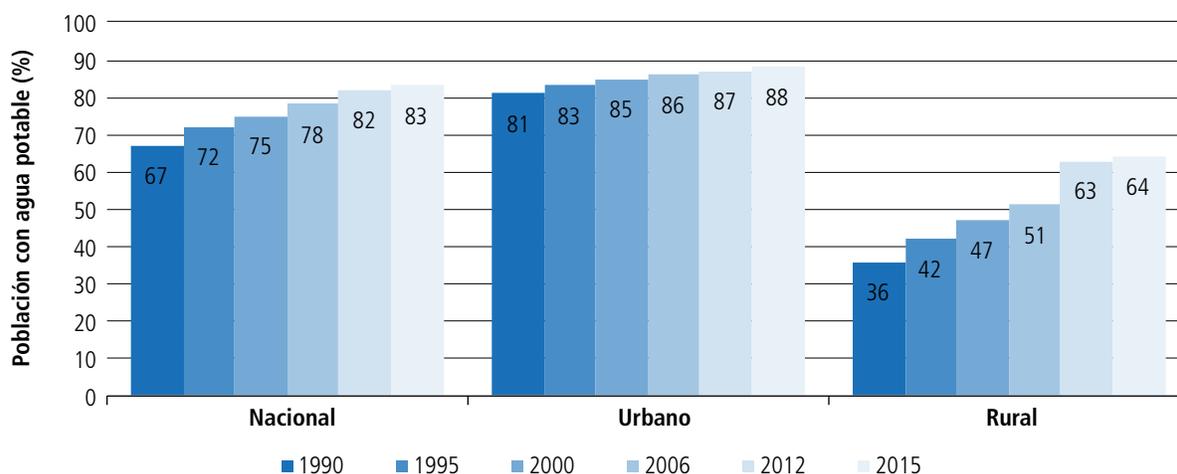
El progreso en lograr que una mayor proporción de la población use servicios de saneamiento mejorados ha sido escaso si se compara con los adelantos en materia de agua potable. Los logros que ha habido reflejan algunas desigualdades; por ejemplo, los promedios son mejores en las ciudades que en las zonas rurales. Según proyecciones de la OMS y el UNICEF, el 83% de los habitantes de América Latina y el Caribe tendrían acceso a servicios de saneamiento básicos para el 2015; el 88% de ellos vivían en zonas urbanas (67% en 1990), frente al 64% en zonas rurales (36% en 1990) (figuras 35 y 36).

Figura 35. Uso de servicios de saneamiento mejorados, por región y subregión del mundo, 1990 y 2015



Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2015 (115); Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2015 (116).

Figura 36. Población con acceso a servicios de saneamiento, por residencia urbana o rural, América Latina y el Caribe, 1990-2015



Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2015 (115); Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2015 (116).

Según estimaciones de las Naciones Unidas para América Latina y el Caribe, entre 1999 y el año 2010, 179 millones de personas obtuvieron acceso a agua potable por primera vez y 169 millones lograron tener acceso a servicios de saneamiento mejorados (114). En América Latina y el Caribe ya se ha cumplido la meta relativa al acceso a agua potable y se ha avanzado bastante en materia de saneamiento, pero sigue habiendo riesgos ambientales. Estos quedarán comprendidos en la agenda de

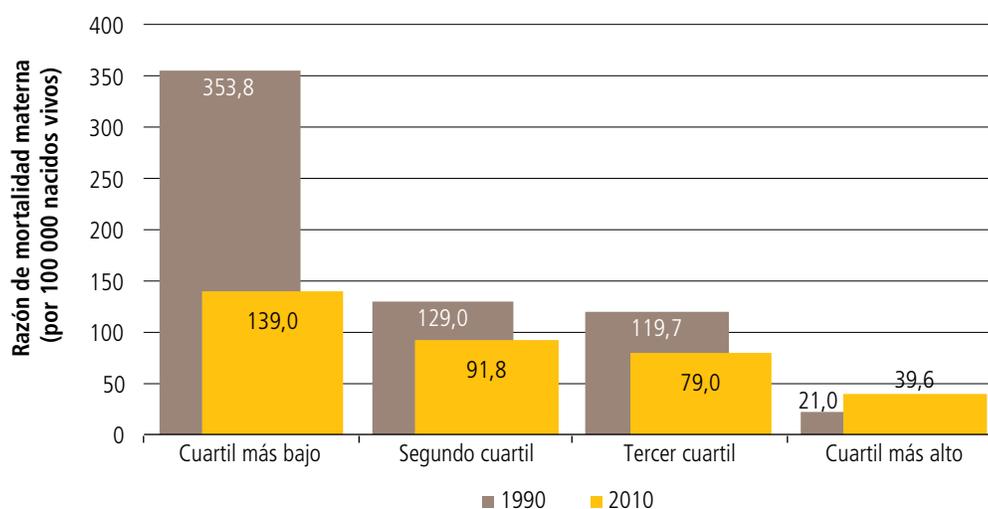
los ODS. Las deficiencias que aún existen en el acceso a los servicios de agua potable y saneamiento dan origen a uno de los factores ambientales de mayor peligro para la calidad del agua y figuran entre las principales causas de diversas enfermedades comunes en la Región. Además, la renuencia a usar letrinas sigue existiendo, especialmente en las zonas rurales. También es muy común en la Región el uso de agua contaminada para satisfacer la demanda de irrigación para la agricultura, lo que genera enormes riesgos sanitarios y da lugar a prioridades contrapuestas, sobre todo en lugares con pocos abastecimientos de agua (117).

Por otra parte, la yuxtaposición de la pobreza urbana y el desarrollo industrial, cuando no hay sistemas de saneamiento adecuados e integrales para la descarga directa de los desechos domésticos e industriales en fuentes de agua de superficie y subterráneas, es una de las principales causas de contaminación del agua (113).

Contribuciones para fomentar el abastecimiento de agua potable y saneamiento básico

Como indican los datos presentados anteriormente, en América Latina y el Caribe todavía hay una enorme demanda insatisfecha de infraestructura para proteger los recursos hídricos de la Región y proporcionar agua potable y saneamiento básico a los sectores urbanos marginados y a las comunidades rurales desatendidas (117). En la figura 37 se ilustra la relación entre el acceso a agua potable y las tasas de mortalidad materna en 1999 y el 2010.

Figura 37. Razón de mortalidad materna, según el cuartil de acceso a agua potable en que se ubica el país, América Latina y el Caribe, 1990 y 2010



Fuente: Mujica, Programa Especial de Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud, Organización Panamericana de la Salud, 2015.

Los recursos económicos necesarios para satisfacer la demanda de agua potable y saneamiento en la Región son enormes y tienen que provenir de organismos crediticios multilaterales y de fuentes de financiamiento públicas y privadas. En el 2005, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) calculó que harían falta US\$ 65.000 millones para subsanar las carencias de agua potable y saneamiento en América Latina y el Caribe y que se necesitarían US\$ 27.000 millones para alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio 7.C (113).

Para hacerse una idea de la magnitud de las inversiones necesarias para superar los problemas y las deficiencias existentes en la actualidad, en el cuadro 2 se presentan algunos ejemplos de los fondos asignados al sector de agua potable y saneamiento en épocas pasadas.

Otro ejemplo de la estrecha relación entre el acceso a agua potable y la salud radica en el efecto de la sequía que ha azotado al sudeste brasileño desde 2014 y que ha reducido a niveles alarmantes los reservorios de agua que abastecen a las ciudades de São Paulo y Río de Janeiro. Debido a la sequía, muchos residentes de las dos metrópolis más importantes del

país han almacenado agua en barriles que se han convertido en criaderos de vectores transmisores de enfermedades como el dengue. De hecho, la mitad de los 460 502 casos de dengue notificados en el país en el primer trimestre del 2015 se produjeron en el estado de São Paulo (118).

Cuadro 2. El financiamiento para agua potable y saneamiento en determinados países de América Latina y el Caribe

País y año	Fuente de financiamiento	Monto (en US\$)	Objetivos
Brasil: São Paulo 2010 (119)	Banco Mundial	64,5 millones	4,3 millones de personas que carecían de acceso a saneamiento adecuado
México 2010 (120)	Banco Mundial	450 millones	Aumento de la cobertura del tratamiento del agua del 36% al 60% para atenuar los efectos perjudiciales del cambio climático sobre los grupos más vulnerables
México: Ciudad de México (121) 2010	Público-privada	1000 millones	Túnel de drenaje de 60 km desde el Distrito Federal hasta una planta de tratamiento de agua
Uruguay: DARES 1988-2010 (122)	Banco Mundial (3 préstamos)	105 millones	Inversión en infraestructura de agua potable y saneamiento y cooperación técnica
Paraguay: Asunción 2010 (123)	Banco Interamericano de Desarrollo	110 millones	Programa Integrado de Saneamiento
Ecuador: Guayaquil 2015 (124)	Banco Mundial Banco Europeo de Inversiones Empresa pública de agua	247,8 millones	Gestión de aguas residuales, con 1 millón de personas beneficiadas

Fuente: Programa Especial de Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud, Organización Panamericana de la Salud, 2015.

Una vez que se ha invertido en infraestructura, ejemplos como estos ponen de manifiesto la necesidad de contar con programas y actividades de mantenimiento para conservar la eficacia y eficiencia del proyecto; de lo contrario se corre el riesgo de que se desperdicien los recursos invertidos. Para mejorar la capacidad de las entidades a cargo del abastecimiento de agua potable, la OPS está alentando la adopción de planes de salubridad del agua (PSA), en consonancia con una iniciativa de la OMS para que se promueva la adopción de directrices sobre la calidad del agua potable. Estas directrices, que originalmente se prepararon en el 2004, se actualizaron y mejoraron del 2006 al 2008 con el fin de realzar la eficiencia y eficacia real de las agencias de abastecimiento de agua por medio de programas de gestión de riesgos que siguen las directrices en un manual de la OMS (125).

La OMS también promueve la adopción del sistema de Análisis y evaluación mundiales del saneamiento y el agua potable (GLAAS), de la ONU-Agua, según el cual los sistemas y servicios de agua potable y saneamiento se deben supervisar, a la vez que mantener y ampliar, con arreglo a cuatro elementos fundamentales: los marcos normativos, la vigilancia, los recursos humanos y la movilización de fondos nacionales e internacionales para abastecimientos de agua potable y saneamiento. El número de Estados Miembros de la OPS que participan en el sistema GLAAS aumentó de 9 en el 2011-2012 a 16 en el 2013-2014. Sin embargo, sigue habiendo dificultades que exigen atención, a saber, las desigualdades en el acceso a agua potable y saneamiento y la necesidad de fortalecer la capacidad para supervisar las fuentes de agua; de elaborar planes de acción para superar la insuficiencia de recursos humanos, y de establecer sistemas nacionales para planificar y utilizar los fondos asignados a los servicios de agua potable y saneamiento (114).

La promoción de la gestión integrada de los recursos hídricos implica trabajar con distintos gobiernos e instituciones y cumplir con los planes de salubridad del agua y el sistema GLAAS; requiere, además, la participación de los sectores sociales y populares no gubernamentales.

En el 2010, la OPS y el Ministerio de Salud del Perú firmaron un acuerdo para establecer el Equipo Técnico Regional de Agua y Saneamiento (ETRAS), encargado de asesorar a los países de la Región en cuestiones de saneamiento básico con especial interés en las enfermedades desatendidas y transmitidas por vectores y en las condiciones de vida en general (126).

En el recuadro 5 a continuación se indican las resoluciones de los Cuerpos Directivos de la OPS relacionadas con el ODM 7.

Recuadro 5. Resoluciones de los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud relacionadas con el ODM 7

CD35.R15	Decenio internacional del abastecimiento de agua potable y del saneamiento: informe sobre la situación en la región, al finalizar el decenio (1981-1990), 35.º Consejo Directivo de la OPS, 1991 (127)
CD43.R15	Salud, agua potable y saneamiento en el desarrollo humano sostenible, 43.º Consejo Directivo de la OPS, 2001 (128)
CD50.R14	Centros panamericanos (se toma nota de la firma del Acuerdo entre el Gobierno del Perú y la OPS para la transformación del Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente [CEPIS] en el Equipo Técnico Regional de Agua y Saneamiento [ETRAS] ubicado en el Perú), 50.º Consejo Directivo de la OPS, 2010 (129)
CD51.R4	Estrategia y plan de acción sobre la salud urbana, 51.º Consejo Directivo de la OPS, 2011 (130)

ODM 8: Fomentar una alianza mundial para el desarrollo

Aspectos económicos

La esfera en la que más se necesita una alianza mundial para el desarrollo, como la que estipula el ODM 8, es la económica. Tan urgente es la necesidad en este ámbito que en el período previo a la proclamación de los nuevos Objetivos de Desarrollo Sostenible en septiembre del 2015, los Estados Miembros de las Naciones Unidas convocaron, en julio del 2015, la Tercera Conferencia Internacional sobre la Financiación para el Desarrollo en Addis Abeba (Etiopía).

Desde que se proclamaron los ODM en el 2000, el financiamiento para el desarrollo ha sufrido cambios profundos. La importancia relativa de la asistencia oficial bilateral y multilateral para el desarrollo ha menguado en los países de ingresos medianos, categoría en la que encajan actualmente casi todos los países de América Latina y el Caribe. Los flujos de ayuda oficiales se están concentrando más en los países de bajos ingresos, donde cobran cada vez más importancia.

Los flujos de asistencia oficial aumentaron de forma sostenida a partir de 1997 y llegaron a un máximo en el 2010; después sobrevinieron varios años de fluctuación debida en parte a la reducción de la ayuda disponible con motivo de la recesión económica mundial (131). Del total de los recursos oficiales existentes en América Latina y el Caribe, el 70% eran de origen bilateral y el 30% venían de instituciones crediticias multilaterales. Han surgido, a la vez, otras fuentes de financiamiento. Los países de ingresos medianos en particular han podido obtener fondos de los mercados de capitales privados mediante las inversiones directas, la emisión de bonos o los créditos bancarios. Las remesas enviadas por los emigrantes a sus países de origen han cobrado importancia en algunos de ellos y las aportaciones de instituciones filantrópicas privadas con abundancia de fondos también han adquirido mayor relevancia. Por último, los países del grupo BRICS (Brasil, Rusia, India, China y Sudáfrica) han comenzado a ofrecer financiamiento internacional para realizar proyectos y a extender créditos de proveedores.

Estas tendencias generales se ven reflejadas en el financiamiento internacional para la salud, que iba en aumento en el primer decenio del siglo hasta que la tendencia se vio interrumpida por la recesión mundial en el 2008. La Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) (132) calcula que la asistencia oficial para la salud aumentó en un 10% anualmente entre 1980 y 2007, y en un 17% anualmente entre el 2000 y el 2007. Según el Banco Mundial, los fondos prometidos cada año para el área de la salud, teniendo en cuenta todas las fuentes de financiamiento (bilaterales, multilaterales y privadas), aumentaron más del doble durante el período del 2000 al 2005: de US\$ 6.000 millones a US\$ 14.000 millones (133).

Además, las economías destinatarias de esos flujos de fondos internacionales han cobrado un atractivo cada vez mayor desde el punto de vista de la movilización de fondos nacionales, que se está convirtiendo en una de las principales fuentes de financiamiento para proyectos y planes de desarrollo. Según el Banco Mundial, las tesorerías de las economías en desarrollo y de las economías emergentes recibieron US\$ 7,7 billones en ingresos fiscales en el 2012, más de los US\$ 6.000 millones recibidos por los gobiernos de esas economías en el 2000. A medida que se robustecen estos ingresos fiscales, sobre todo como resultado de un mayor crecimiento económico, las economías en desarrollo y emergentes dependerán cada vez menos de la asistencia económica internacional (131).

Como resultado de los cambios antedichos, las instituciones financieras multilaterales actualmente observan una nueva arquitectura, caracterizada por fuentes de financiamiento muy diversas, para financiar el desarrollo (131).

Contribuciones en materia de financiamiento

Las actividades de la OPS se ubican precisamente en el espacio entre la disponibilidad de financiamiento y la ejecución de los programas y proyectos, ya que la Organización ayuda a superar los obstáculos que impiden la absorción de fondos. Por ejemplo, la OPS administra fondos fiduciarios a fin de ayudar a canalizar los recursos provenientes de los organismos internacionales y gobiernos de los Estados Miembros, en algunos casos por medio de acuerdos con los gobiernos del Canadá, España, Estados Unidos, Noruega y Suecia. La OPS también administra fondos fiduciarios para proyectos nacionales con arreglo a acuerdos

firmados con los gobiernos de los Estados Miembros, tales como la Argentina, el Brasil, Colombia y Ecuador. Asimismo, la OPS participa en el fomento de la capacidad de ejecución de los gobiernos por medio de dos fondos rotatorios: uno destinado al Programa Ampliado de Inmunización y otro para suministros sanitarios estratégicos.

Meta 8.E: En cooperación con las compañías farmacéuticas, proporcionar acceso a medicamentos esenciales asequibles en los países en desarrollo

Indicador 8.13. Proporción de la población con acceso sostenible a medicamentos esenciales a precios asequibles

Es esencial que las medicinas se incluyan entre las garantías de carácter sanitario que aseguran el acceso universal a la salud. En el 2010, de los 20 gobiernos de la Región que respondieron a una encuesta sobre su situación en materia de productos farmacéuticos, 18 indicaron tener un sistema de salud o de seguridad social que proporciona los productos en su lista de medicamentos esenciales sin costo alguno al paciente. En 17 de esos países también había programas o planes de seguro que sufragaban el costo de los medicamentos para el tratamiento de las enfermedades no transmisibles (134).

La OMS considera que cualquier tipo de pago directo por el paciente en el momento en que recibe el tratamiento es un obstáculo que dificulta el acceso a los servicios de salud. En América Latina y el Caribe, los servicios de salud de 9 de 23 países encuestados le pedían al paciente un copago al dispensarle la medicina (135).

La cobertura es otro factor que influye en el acceso a los medicamentos. En el 2008, estimaciones del gasto en productos farmacéuticos como indicador de acceso en 21 países de América Latina y el Caribe indicaron que los desembolsos de las instituciones públicas representaban solamente el 22% del gasto total; el 78% restante lo pagaban los pacientes de su bolsillo. Ese mismo año, el gasto anual de los pacientes en medicamentos fue, en promedio, de US\$ 97 per cápita y varió de un mínimo de US\$ 7,50 en Bolivia a un máximo de US\$ 160 en la Argentina y el Brasil (136).

Varios países de la Región han preparado listas de medicamentos esenciales basadas en datos científicos con miras a promover el uso más eficiente de los medicamentos. En el 2007, por ejemplo, 24 países tenían una lista de medicamentos esenciales actualizada y 16 tenían formularios nacionales que estaban al día. Además, 24 tenían comités de tratamientos farmacéuticos y 12 tenían directrices terapéuticas nacionales actualizadas. Una encuesta de seguimiento en el 2010 confirmó que el mismo número de países contaba con una lista de medicamentos esenciales. Según dicha encuesta, la mayoría de los países encuestados usaron las listas para comprar medicamentos en el sector público (137).

A pesar de estos adelantos, el uso racional de los medicamentos sigue planteando retos. Por ejemplo, un estudio realizado del 2005 al 2008 en cuatro países de la Región reveló que los antibióticos se habían usado de manera inapropiada en más de un 50% de los pacientes. Por otro lado, una encuesta del 2007 reveló que solo 12 países contaban con una estrategia para contener la resistencia a los antimicrobianos (138, 139).

Un mecanismo útil para mejorar el acceso a los medicamentos es la elaboración y aplicación de estrategias para promover el uso de medicamentos genéricos. No obstante, una encuesta realizada en el 2010 reveló que en 17 de 23 países (79%) el sector público exigía que se prescribieran productos genéricos, mientras que este requisito existía en el sector privado de solo siete países (26%). Los 23 países permitían que las farmacias del sector público sustituyeran los medicamentos de marca con productos genéricos, pero la sustitución se permitía únicamente en el 72,7% de las farmacias del sector privado (140).

A pesar de la fragmentación de los servicios de salud en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, han surgido algunas iniciativas que se orientan a promover la adquisición de medicamentos de forma colectiva. Sirven de ejemplos algunas actividades en el marco de la Organización de los Estados del Caribe Oriental (OECS) y una iniciativa conjunta de los países centroamericanos y la República Dominicana para la adquisición de medicamentos costosos y difíciles de obtener. Esta última llevó a la negociación del precio de 37 medicamentos, lo que redundó en un ahorro del 46%. Se han establecido observatorios de precios en el Sistema de la Integración Centroamericana (SICA), el Mercado Común del Sur (MERCOSUR) y la subregión andina en el marco del Sistema Andino de Integración (SAI) (138).

Contribuciones al ODM 8

La OPS apoya activamente los esfuerzos individuales y colectivos de los países de la Región por reducir el precio de los medicamentos mediante economías de escala. De conformidad con este compromiso, en el 2000 el 42.º Consejo Directivo de la Organización votó a favor de establecer el Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública, conocido por Fondo Estratégico (141).

La finalidad del Fondo Estratégico es apoyar a los Estados Miembros facilitándoles el acceso a medicamentos y suministros médicos de calidad a precios razonables (figura 38). Para alcanzar este objetivo, la OPS ayuda a los países a formar capacidad nacional para la gestión de su suministro de medicamentos mediante la planificación y programación de las compras. Esta práctica también fomenta la competencia y transparencia en el suministro de medicamentos sobre la base de un sistema continuo y sostenible de adquisiciones cíclicas conjuntas (138).

Figura 38. Compra de medicamentos con el apoyo del Fondo Estratégico de la OPS y otras contribuciones en esta área, América Latina y el Caribe, por año, 2004-2010

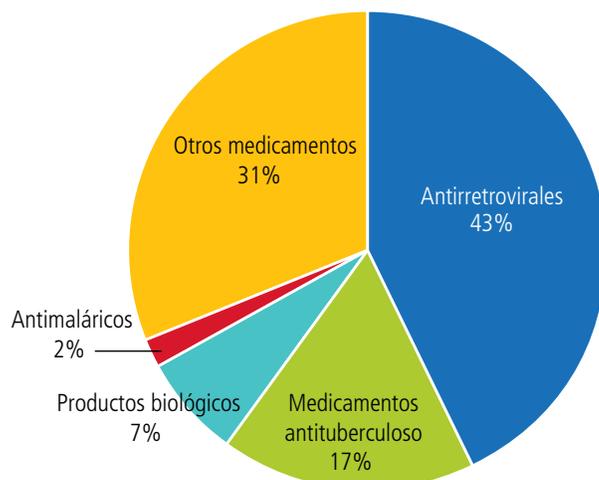


Fuente: Organización Panamericana de la Salud, 2014 (138).

Hoy en día, 24 países participan en el Fondo Estratégico. La OPS ayuda a fortalecer los sistemas de compras y suministros en 16 de los 24 países. En los últimos cinco años, 19 países han obtenido medicamentos por medio del Fondo, ya sea individualmente o como parte de los procesos de integración subregional existentes (138).

El volumen de las compras ha aumentado progresivamente, como se refleja en el aumento del 56% del valor de los productos obtenidos entre el 2008 y el 2013 (de US\$ 26,2 millones en 10 países en el 2008 a US\$ 40,9 millones en 17 países en el 2013) (142). La reducción de los costos ha sido cuantiosa, especialmente en el caso de los antirretrovíricos, habiéndose logrado consolidar la demanda regional y firmar acuerdos a largo plazo con los fabricantes de productos genéricos de calidad (figura 39). El precio de estos fármacos bajó en un 33% entre el 2011 y el 2013 (143).

Figura 39. Compra de medicamentos por medio del Fondo Estratégico, por categorías de producto, América Latina y el Caribe, 2010



Fuente: Organización Panamericana de la Salud, 2014 (138).

Además de establecer y poner en marcha el Fondo Estratégico, ha sido imprescindible reforzar los sistemas nacionales de suministro y distribución de medicamentos para poder cumplir con los requisitos y procedimientos de aquel. Además, para reforzar el control oficial de la calidad de los medicamentos, se estableció una red de 21 laboratorios nacionales para servir de respaldo a la función normativa. A partir del 2009 se adoptó un sistema de evaluación con el fin de que los laboratorios nacionales pudieran obtener reconocimiento como puntos de referencia a nivel internacional y para que se les permitiera ocuparse del control de calidad de los medicamentos adquiridos por los organismos internacionales. Por ejemplo, en el 2010 y el 2011 las Naciones Unidas precalificaron a diversos establecimientos nacionales en Bolivia, Brasil, Perú y Uruguay para que fungieran como laboratorios de referencia internacionales (144).

A continuación se resumen otras intervenciones respaldadas por la OPS que tuvieron por finalidad mejorar el acceso a los productos sanitarios en las Américas, así como su calidad y uso:

- En el 2010, el Consejo Directivo de la OPS adoptó una resolución para el fortalecimiento de las autoridades reguladoras nacionales de medicamentos y productos biológicos, la cual llevó a la evaluación de 17 de estas autoridades y a la designación de siete de ellas como puntos de referencia regionales (145).
- Diversas conferencias mundiales convocaron a las autoridades nacionales para el intercambio de experiencias y la difusión de las mejores prácticas. Las conferencias más recientes, celebradas en el Canadá en el 2013 y en el Brasil en el 2011 y el 2014, tuvieron la participación de más de 400 expertos en reglamentación farmacéutica de más de 121 países (146).
- Un grupo externo realizó una evaluación del *Plan de acción regional para la seguridad de las transfusiones 2006-2010*, cuyos resultados se presentaron en el 51.º Consejo Directivo de la OPS en el 2011 y servirán de base para un nuevo plan regional (147).
- En mayo del 2012 se inauguró la Plataforma Regional sobre Acceso e Innovación para Tecnologías Sanitarias, herramienta diseñada para facilitar la aplicación de la *Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual*. Actualmente hay 25 comunidades de profesionales en ejercicio con más de 1000 participantes que colaboran en materia de políticas e innovación, reglamentación y uso de tecnologías sanitarias (148).
- En los años 2012 y 2013, la estrategia para el uso racional de los medicamentos se puso en marcha en Bolivia, Chile y Nicaragua, con hincapié en la aplicación de un método integrado para la coordinación de iniciativas reglamentarias, educativas, administrativas y de investigación que tengan por finalidad promover la atención primaria de salud (138).
- La Red de Evaluación de Tecnologías en Salud de las Américas (RedETSA) empezó a funcionar en el 2011 a raíz de la firma de convenios de cooperación con la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA) del Brasil, la Agencia Canadiense de Medicamentos y Tecnologías de Salud y la USAID (149).

- A medida que los países de la Región avanzan en su proceso de transición demográfica y epidemiológica, hay una demanda cada vez mayor de medicamentos de calidad para contrarrestar la creciente incidencia de las enfermedades no transmisibles. El Fondo Estratégico ha respondido ante la situación aumentando la compra de estos medicamentos.

En el recuadro 6 a continuación se indican las resoluciones de los Cuerpos Directivos de la OPS relacionadas con el ODM 8.

Recuadro 6. Resoluciones de los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud relacionadas con el ODM 8

CD45.R7	Acceso a los medicamentos, 45.º Consejo Directivo de la OPS, 2004 (142)
CD46/9	La cooperación técnica entre los países de la Región, 46.º Consejo Directivo de la OPS, 2005 (150)
CD46/19	La cooperación centrada en los países y el desarrollo nacional de la salud, 46.º Consejo Directivo de la OPS, 2005 (151)
CE142.R5	Informes sobre los progresos realizados en materia de seguridad de las transfusiones de sangre, 142.a sesión del Comité Ejecutivo de la OPS, 2008 (152)
CD48.R15	Salud pública, innovación y propiedad intelectual: una perspectiva regional, 48.º Consejo Directivo de la OPS, 2008 (148)
HHS/MT/ARN/001	Sistema de Evaluación de Autoridades Reguladoras Nacionales de Medicamentos, OPS, julio del 2010 (144)
CD50.R9	Fortalecimiento de las autoridades reguladoras nacionales de medicamentos y productos biológicos, 50.º Consejo Directivo de la OPS, 2010 (145)
CD51.R5	Estrategia y plan de acción sobre eSalud, 51.º Consejo Directivo de la OPS, 2011 (21)
CSP28.R9	Evaluación e incorporación de tecnologías sanitarias en los sistemas de salud, 28.a Conferencia Sanitaria Panamericana, 2012 (153)
CD52/INF/2	Duodécimo programa general de trabajo de la OMS 2014-2019 y presupuesto por programas de la OMS 2014-2015, 52º Consejo Directivo de la OPS, 2013 (154)
CD53.R2	Plan de acción sobre la salud en todas las políticas, 53.º Consejo Directivo de la OPS, 2014 (49)
CD53/INF/6D	Estado de los Objetivos de Desarrollo del Milenio: informes de progreso sobre asuntos técnicos, 53.º Consejo Directivo de la OPS, 2014 (155)



Foto: OPS

CAPÍTULO II.

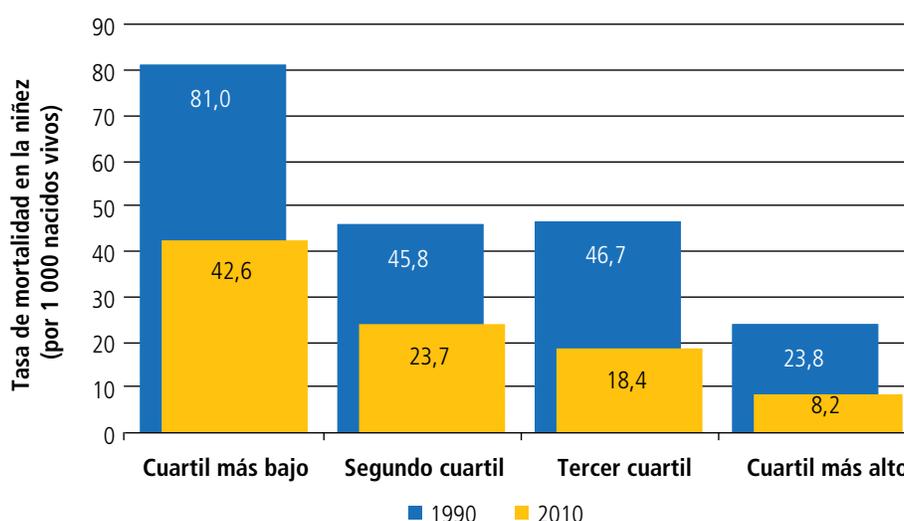
Inequidad y salud: los determinantes básicos de la salud en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio

La OPS es cada vez más consciente de que el contexto en el que se pretende lograr las grandes metas de salud está sujeto a la influencia de factores vinculados con la situación socioeconómica y la identidad. En el marco de los ODM se concedió un gran valor a la igualdad y la equidad como elementos estructurales de una visión evolutiva del desarrollo humano. La pobreza, por ejemplo, se trató en el ODM 1, que llamó a la erradicación de la pobreza extrema: la meta 1.A fue reducir a la mitad, entre 1990 y el 2015, la proporción de personas que subsistían con menos de US\$ 1,25⁴ al día. El ODM 2 promovió la igualdad de género; su finalidad fue garantizar que para el 2015 tanto las niñas como los niños pudieran completar la escuela primaria. El ODM 3 impulsó aun más la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres; la meta 3.A se encaminó a eliminar las desigualdades de género en todos los niveles educativos para el 2015. En el presente capítulo se explica en detalle la contribución de la pobreza, el género y otras fuentes de desigualdad a las inequidades observadas en el ámbito de la salud (36).

La pobreza y la desigualdad

Entre la salud, la pobreza y la desigualdad existe una conexión estrecha y recíprocamente dañina. Por un lado, la salud se ve determinada por factores relacionados con la desigualdad. Sirve de ejemplo la desnutrición crónica, que es dos veces más común entre los niños indígenas que en el resto de la población (156). La salud de los niños se ve determinada por el lugar donde nacen (rural o urbano), la escolaridad de la madre, la pertenencia a una minoría y el poder adquisitivo de la familia; la figura 40 ilustra el contraste entre las mejoras obtenidas en la mortalidad de menores de 5 años y el promedio nacional. Cuando estos resultados se desglosan por ingresos, salta a la vista que sigue habiendo tasas de mortalidad elevadas en los grupos más desfavorecidos.

Figura 40. Tasa de mortalidad de menores de 5 años (por 1000 nacidos vivos), según el cuartil de ingresos del país, América Latina y el Caribe, 1990 y 2010



Fuente: Mujica, Programa Especial de Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud, 2015.

⁴ Todas las cifras monetarias en este documento están en dólares estadounidenses (US\$) a no ser que se indique otra cosa.

Además, el acceso a los servicios de salud se ve determinado por el nivel de ingresos; como resultado, la desigualdad económica y social, empeorada por factores tales como el sexo o la identidad étnica, menoscaba la salud en tanto que reduce el acceso a las ventajas del crecimiento y el desarrollo, como por ejemplo, el trabajo.

El crecimiento económico es uno de los factores que más influyen en la reducción de la pobreza. Hoy en día se sabe que si la economía crece rápidamente, la pobreza desciende en proporción directa (157). En términos generales, el crecimiento económico ayuda a reducir la pobreza y a mejorar la igualdad mediante la generación de empleo (158).

Algunos casos de crecimiento económico acelerado en la época actual han suscitado reducciones de la pobreza asombrosas, sin que ello signifique que el crecimiento económico y la reducción de la desigualdad se produzcan simultáneamente. Para lograr lo segundo se necesitan medidas específicas y deliberadas. Además, al menos que haya políticas públicas, la aceleración del crecimiento económico puede ayudar a perpetuar y agravar la desigualdad. Un ejemplo de los efectos positivos del crecimiento económico se produjo en el Asia oriental, donde tasas de crecimiento económico anuales del orden del 10% ayudaron a reducir el número de personas que vivían en condiciones de pobreza extrema. Entre 1990 y el 2005, el número de personas en la China que subsistían con menos de US\$ 1,25 al día descendió de 680 millones a 200 millones, es decir, del 60% al 16% de la población (7), según cálculos del Banco Mundial.

A principios del presente siglo, en América Latina y el Caribe también se vieron los efectos del crecimiento económico y las disminuciones de la pobreza extrema y la desigualdad. Aunque las cifras fueron menos espectaculares que en el Asia oriental, las economías de América Latina y el Caribe, tras un crecimiento económico errático en los años noventa (64), tuvieron tasas de crecimiento de un promedio de 5% anuales del 2000 al 2012 (159). Este auge fue impulsado por un incremento de los ingresos generados por la materia prima que suelen exportar estos países, favorecido a su vez por el crecimiento económico en la China y la India. Este crecimiento redundó en reducciones sustanciales de la pobreza, incluida la pobreza extrema (160).

El desarrollo de América Latina y el Caribe en el primer decenio de este siglo ha sido, a todas luces, sumamente notable. Salvo por el año 2009, en que hubo una contracción a causa de la recesión mundial, en el resto del decenio la pobreza disminuyó en 16 puntos porcentuales, del 41,6% en 2003 al 25,3% en 2012. Durante el mismo período, la proporción de la población que vivía en la pobreza extrema se redujo a la mitad, del 24,5% al 12,3%. Según el Banco Mundial, 70 millones de personas en total dejaron de ser pobres en América Latina y el Caribe, fenómeno que representa una de las reducciones de la pobreza más sostenidas en varios decenios (161).

Según el Banco Mundial, la desigualdad en América Latina y el Caribe se redujo, como indica el descenso del coeficiente de Gini⁵ de 0,57 en el 2000 a 0,52 en el 2012 (16). Además, según el Fondo Monetario Internacional (FMI), en los años noventa la desigualdad se agudizó en la misma subregión, pero, como se señaló en el informe del Banco Mundial previo al 2000, posteriormente las desigualdades comenzaron a disminuir (162), tal como indica el cuadro 3. Esta reducción se considera nueva e inusitada (161).

Cuadro 3. Índice de Gini:6 economías avanzadas y en desarrollo, 1995-2010

Región	1990	1995	2000	2005	2010
América Latina y el Caribe	49,7	51,7	51,0	50,3	48,6
Economías avanzadas	28,4	29,4	29,8	30,1	30,1
Europa emergente	29,4	33,6	33,6	33,9	33,0
Pacífico asiático	28,4	29,4	29,8	30,1	30,1

Fuente: Bastagli F. et al., 2012 (162).

⁵ En este caso, el coeficiente de Gini mide la desigualdad en los ingresos; un coeficiente de "0" indica que hay una igualdad total y un coeficiente de "1", una desigualdad total.

⁶ El índice de Gini es el coeficiente de Gini expresado como porcentaje.

Estas cifras indican que América Latina y el Caribe es una región donde la desigualdad es menos marcada, a diferencia de lo observado en comparaciones realizadas hace 10 años o más (cuadro 4).

Cuadro 4. Índice de Gini: ingresos familiares per cápita, estratificados por región, 1970-1990

Región	Coeficiente de Gini			
	1970	1980	1990	Promedio
América Latina	48,4	50,8	52,2	50,5
Asia	40,2	40,4	41,2	40,6
OCDE	32,3	32,5	34,2	33,0
Europa oriental	28,3	29,3	32,8	30,1

OCDE: Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos.

Fuente: Banco Mundial, 2004 (163).

Si bien los períodos de auge económico ayudan a reducir la pobreza y la desigualdad, las recesiones económicas revierten esos logros. Por ejemplo, en los años ochenta —el llamado decenio “perdido” de la Región— se produjo una contracción económica grave durante la cual hasta un 48,3% de la población se vio sumida en la pobreza, según cálculos del FMI (164). De manera análoga, durante la desaceleración económica del 2009 que obedeció a la recesión mundial, el número de personas que vivían en la pobreza en América Latina y el Caribe aumentó en 2,1 millones, según estimaciones del Banco Mundial (165). Basándose en los ciclos económicos recientes, la CEPAL calcula que la pobreza descendió en un 0,6% durante los períodos de auge y aumentó en un 1,8% durante las recesiones (64).

Los efectos de las contracciones económicas sobre la pobreza también se observan en las economías avanzadas, según datos de la Oficina del Censo de los Estados Unidos (166). Desde que comenzó la gran recesión en diciembre del 2007 y hasta finales del 2009, el ingreso familiar promedio real en el país descendió de US\$ 52 163 a US\$ 49 777. Además, el número de personas que vivían en la pobreza subió de 39,8 millones en el 2008 a 43,6 millones en el 2009, es decir, del 13,2% al 14,3% de la población, respectivamente.

Actualmente, las economías de América Latina y el Caribe están entrando en otra etapa de desaceleración del crecimiento, lo que plantea el peligro de que la pobreza y las desigualdades vuelvan a aumentar. Las organizaciones internacionales coinciden en pronosticar que el crecimiento económico anual en esa área bajará hasta el 1% en el 2015, principalmente debido a una disminución de los precios de los productos básicos, que afecta principalmente a las economías sudamericanas.

Según estimaciones recientes de la medida en que la desaceleración económica actual afectará a la pobreza y la desigualdad en América Latina y el Caribe, al principio la disminución del crecimiento tendrá un efecto adverso sobre los ingresos personales debido a una reducción de las fuentes de empleo. Un estudio del Banco Mundial reveló que casi dos terceras partes de las reducciones de la pobreza extrema observadas en el área del 2003 al 2013 son atribuibles a un aumento de los ingresos laborales. Estos ingresos explican, a su vez, casi la mitad de la reducción de las desigualdades que se observó en el mismo período. Se desprende de estos cálculos que la reducción de las desigualdades en América Latina se ha estancado como resultado de la disminución del crecimiento que comenzó con la gran recesión del 2009 (167).

Sin embargo, el crecimiento económico de por sí no garantiza mejoras en el ámbito de la salud si no se toman medidas deliberadas para mejorar la protección social. Es útil, en cualquier caso, advertir que la salud y el crecimiento forman parte de un círculo virtuoso y que para que haya mejoras de salud se necesitan tasas de crecimiento más altas. Según el Banco Mundial, como resultado de esta sinergia “la buena salud impulsa el crecimiento económico y este promueve las nuevas mejoras en materia de salud” (133).

También es importante que el fuerte crecimiento económico se vea complementado por políticas de bienestar social, destinadas en particular a reducir la desigualdad. Entre estas políticas destacan las transferencias monetarias condicionadas (TMC) y la campaña a favor de la atención sanitaria y la seguridad social universales. A la par de estos programas, en algunos

países de la Región las transferencias de fuentes privadas, sobre todo las remesas enviadas por los emigrantes a sus países de origen, también han ayudado a reducir la pobreza y la desigualdad.

En 1997, el Gobierno de México dio inicio a un programa de TMC llamado Progresá que benefició a 300 000 personas y que estaba destinado a reducir la pobreza y evitar su transmisión de una generación a la siguiente. De manera casi simultánea, las ciudades de Brasilia y Campinas en el Brasil emprendieron los programas municipales conocidos por Bolsa Escola. La característica central de estos programas es la provisión de transferencias monetarias bajo condiciones específicas, vinculadas en particular con el mejoramiento del capital humano de los niños, como por ejemplo, llevar a los menores de 5 años a consultas médicas para la vacunación y evaluación del crecimiento. En el caso de las embarazadas, las condiciones son, entre otras, que asistan a sesiones educativas y reciban atención prenatal y posnatal especializada. La naturaleza intersectorial de los programas de TMC genera sinergias entre la salud, la educación y el desarrollo; este fenómeno, sumado a la atención más esmerada que se presta a las familias más vulnerables, ha ayudado a mitigar los efectos de la pobreza y la desigualdad en América Latina y el Caribe (168).

Durante el último decenio, el programa pionero de México (Oportunidades) extendió su cobertura a 5 millones de hogares en el 2008. En el Brasil, el programa Bolsa Escola se convirtió en el programa Bolsa Família, que benefició a 12 millones de familias en el 2008 (168).

En el 2009, la CEPAL calculó que los programas de TMC beneficiaban a 25 millones de familias, o a más de 113 millones de personas, en 20 países (169). En Colombia, por ejemplo, el programa conocido por Familias en Acción cubría al 20% de todos los hogares; por otra parte en Jamaica, el Programa de Adelanto mediante la Salud y la Educación (*Program of Advancement through Health and Education*, PATH) se extendía a casi un 12% de la población. Entre los ejemplos provenientes de otros países figuran el programa Solidario de Chile, que se dirige a la fracción más vulnerable de la población y que al 2010 beneficiaba a 215 000 hogares. Una evaluación de este programa reveló que la pobreza se había reducido en un 18% (y la pobreza extrema en un 35%) entre los beneficiarios de las zonas rurales. Al 2014, la CEPAL sabía de la existencia de 49 programas de TMC en América Latina y el Caribe (168).

En el 2009, el Banco Mundial llevó a cabo una evaluación de varios programas de TMC en América Latina y el Caribe (170). El correspondiente informe aportó pruebas suficientes de que estos programas se han centrado en gran parte en los sectores más necesitados de la población y de que han ayudado a aumentar el consumo y a reducir la pobreza. Entre los hogares beneficiarios se documentó, asimismo, un aumento significativo en la utilización de los servicios de salud y en la educación (171). No obstante, los datos no revelaron mejoras a largo plazo, como por ejemplo, efectos en la esperanza de vida al nacer, en el estado nutricional o en la aptitud para el aprendizaje. La evaluación dio pie a la conclusión de que los programas de TMC no son suficientes en sí mismos para producir resultados definitivos; hay que adoptar medidas suplementarias, tales como mejorar la calidad de los servicios de salud y educación. Como resultado, las TMC deben tratarse como uno solo de los distintos elementos que integran un programa de protección social de amplio alcance (170).

Bajo la lupa: el género y la desigualdad

Desde 1946, los Estados Miembros de la OMS han coincidido en que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social” (172). No obstante, aunque la OPS tiene en su haber más de un siglo de experiencia en relación con otras metas, en este caso apenas existían antecedentes que permitieran analizar la forma en que las disparidades basadas en el sexo acrecientan las inequidades sanitarias en las Américas.

Como resultado, esa información no se empezó a buscar hasta después del 2002, cuando el mandato de tratar la pobreza, el género y el grupo étnico como “factores determinantes de las inequidades en la situación sanitaria y en el acceso a la asistencia sanitaria” se incluyó en el Plan Estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana para el período 2003-2007 (173). El cumplimiento de ese mandato empezó con una serie de medidas institucionales, entre ellas el establecimiento de la Unidad de Género, Etnicidad y Derechos Humanos de la OPS, bajo la Oficina del Subdirector. Desde entonces se han establecido

gradualmente puntos focales para asuntos de género en cada representación de la OPS/OMS, así como en el ministerio de salud de cada Estado Miembro.

El paso siguiente consistió en tratar de subsanar la ausencia de datos acerca de la relación entre el género y la salud, en vista de que no había, ni en las estadísticas sanitarias ni en las cifras nacionales, datos fidedignos desglosados por sexo. Para subsanar esta deficiencia se preparó el documento *Género y salud: una guía práctica para la incorporación de la perspectiva de género en salud* y se capacitó debidamente al personal a cargo de la recopilación de datos estadísticos (174).

Además de poseer un valor intrínseco, la recopilación de datos pone al desnudo las desigualdades que existen en la prestación de los servicios de salud, así como las deficiencias y dificultades de un sistema sanitario. Además, la disponibilidad de información fidedigna estimula la investigación en el ámbito académico y en las organizaciones de la sociedad civil, cosa que a su vez ayuda a incrementar la documentación, en este caso de la relación entre el género y la salud. Por ejemplo, la misma OPS realizó un análisis de las deficiencias de los conceptos de producto interno bruto (PIB) y población económicamente activa (EAP); el análisis reveló que estos indicadores no captaban el trabajo doméstico sin remuneración, que es, en su mayor parte y casi sin excepción, tarea de las mujeres (175).

La evidencia acumulada generó en los Estados Miembros y en la Organización la capacidad institucional para interesarse activamente por la relación entre el género y la salud, lo que culminó en que el Consejo Directivo de la OPS adoptara la resolución CD46.R16, que contiene los elementos de la política de igualdad de género de la Organización, orientada a “contribuir al logro de la igualdad de género en el estado de la salud y el desarrollo sanitario” a fin de que se “promuevan activamente la igualdad y la equidad entre las mujeres y los hombres” (176). Posteriormente, en el 2009, la Organización aprobó el *Plan de acción para la implementación de la política de igualdad de género de la Organización Panamericana de la Salud 2009–2014*, en el que se definen actividades en cuatro áreas estratégicas (177):

- aumentar la recopilación de información desglosada por sexo con la finalidad de construir una base de pruebas científicas en torno al género y la salud;
- crear instrumentos para impulsar la integración de la igualdad de género en las políticas, programas y proyectos relacionados con la salud;
- fomentar y fortalecer la participación de la sociedad civil, especialmente de las organizaciones que defienden la igualdad de género, en la toma de decisiones y en la ejecución de actividades;
- institucionalizar las políticas en materia de igualdad de género y fortalecer los mecanismos de supervisión para evaluar la eficacia en condiciones reales de las medidas y actividades llevadas a cabo con ese fin.



Foto: Guadalupe Verdejo

CAPÍTULO III.

Reflexiones en torno a la experiencia en la Región y enseñanzas extraídas

Desde que se anunciaron los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha colaborado con sus Estados Miembros con miras a transformar los objetivos y las metas en resultados concretos. Estos años de empeño han dejado un legado de experiencia que sirve de respaldo al logro de los objetivos en materia de salud y desarrollo humano. Las enseñanzas extraídas por los países se han convertido en la base para forjar nuevas metas, sobre todo a medida que aquellos se preparan para dedicarse a cumplir los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) adoptados en el 2015. En el presente capítulo se señala la sistematización de las experiencias que tuvieron los países de la Región, en su labor conjunta con la OPS, durante los años dedicados a cumplir los ODM.

ODM 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre

Encontrar instrumentos e indicadores apropiados y puntuales

Un reto importante estribó en encontrar instrumentos e indicadores que permitieran evaluar los riesgos a tiempo y formular intervenciones para evitar situaciones en las que sus efectos a largo plazo pudieran afectar a la calidad de vida. Por ejemplo, el indicador con el que se evalúa el estado nutricional de los menores de 5 años es el peso inferior al normal, que sirve únicamente para determinar si un niño está demasiado delgado, sin tener en cuenta el problema más serio del retraso del crecimiento, que se mide con la talla para la edad (156).

La seguridad alimentaria como concepto más amplio

El problema del hambre suele vincularse con la inseguridad alimentaria. Sin embargo, el concepto de seguridad alimentaria, mencionado reiteradamente en conexión con los ODM, en realidad es más amplio, puesto que entraña el acceso físico y económico a alimentos en suficiente cantidad, inocuos y que satisfagan adecuadamente las necesidades nutricionales de tal modo que una persona pueda llevar una vida activa y sana. Por consiguiente, es importante que estas consideraciones se incorporen al formular un indicador que sirva para cuantificar este problema, y las medidas para mejorarlo, en el marco de los ODS (9).

La productividad y la transformación estructural sostenible

Aunque el estado nutricional de los habitantes de la Región de las Américas claramente ha mejorado de manera ostensible, muchas personas siguen viviendo por debajo del umbral de la pobreza. Si los gobiernos desean cambiar esta realidad, hay que reunir fuerzas para acrecentar la productividad, fomentar una transformación estructural sostenible y ampliar los sistemas de protección social a manera de garantizar la presencia de servicios sociales básicos centrados en intervenciones que mejoren la vida de los trabajadores, de los grupos en situaciones de vulnerabilidad y de sus respectivas familias (9).

Criterios ambientales e individuales para determinar si hay vulnerabilidad

La vulnerabilidad alimentaria es “la probabilidad de que se produzca una disminución aguda del acceso a alimentos, o a su consumo, con relación a un valor crítico que define niveles mínimos para el bienestar humano”. La vulnerabilidad nutricional, por otro lado, tiene que ver con la utilización biológica de los alimentos, que se ve afectada por factores relacionados con la calidad de la alimentación y el estado de salud de una persona individualmente. En este último caso, las personas en la situación más vulnerable son las que están en mayor riesgo, y al mismo tiempo las que menos pueden responder. Desde este punto de vista, la vulnerabilidad debe examinarse en función de dos dimensiones que interactúan: la primera corresponde a las condiciones naturales, sociales y económicas propias de la situación; la segunda, a la capacidad y determinación de la persona y la comunidad para tomar medidas al respecto (178).

Los programas escolares de desayuno y almuerzo saludables

En los últimos años, varios países de América Latina y el Caribe han empezado a tratar los programas de alimentación escolar como un asunto de política pública y tienen disposiciones para llevar a cabo actividades relativas al fortalecimiento y a la coordinación de estos programas, a la formación de la capacidad humana y material, y a la generación y difusión de conocimientos (179).

En El Salvador, por ejemplo, la asistencia técnica nacional se centró en formular leyes aplicables a los programas escolares de alimentación, las cuales se vinculan, a su vez, con la adquisición de productos provenientes de explotaciones agrícolas familiares y la siembra de huertos escolares como parte de un proceso de enseñanza y aprendizaje. Colombia, por su parte, ha dado carácter prioritario a la asistencia técnica para reformular las leyes vigentes con miras a fortalecer su programa de alimentación escolar.

Otro ejemplo de lo que han hecho los países a este respecto proviene de Bolivia, donde se están celebrando reuniones intersectoriales con los representantes de los sectores sanitario, educativo y agropecuario, y con la sociedad civil, para formular reglamentos preliminares relativos a la suplementación alimentaria y la fortificación de los alimentos en las escuelas. De manera análoga, en el Paraguay se están celebrando reuniones con miras a redactar un decreto y definir los términos para la compra pública de productos cultivados en explotaciones agrícolas familiares, a los que deberán ceñirse las autoridades locales, las organizaciones civiles y los productores. Además, este país está llevando a cabo investigaciones de alcance nacional sobre la cuestión. En Guatemala, la asistencia técnica se ha centrado en la redacción de leyes sobre la alimentación en las escuelas, y Honduras, Nicaragua y el Perú también han tenido experiencias fructíferas con este tipo de leyes (179). Estas medidas tienen vínculos claros con el ODM 1 y su énfasis tanto en el hambre, que es asunto de interés inmediato para los programas escolares de alimentación, como en la pobreza, que puede considerarse un problema del que se ocupan los programas escolares de alimentación en el largo plazo, ya que con toda probabilidad estos programas ayudarán a mejorar el rendimiento individual y la capacidad para alcanzar un mayor nivel educativo.

Experiencias en materia de desnutrición infantil: Brasil, México y Perú

En el Brasil, la desnutrición crónica en los niños menores de 5 años descendió de manera importante —del 13,5% al 6,8%— entre 1996 y el 2006. Estos cambios fueron más evidentes en las áreas más desfavorecidas del país, donde el descenso fue del 22,2% al 5,9%. Los factores que más contribuyeron a estos buenos resultados fueron, en orden descendente, una escolaridad más alta en las mujeres; un mayor poder adquisitivo de las familias pobres; un mayor acceso a los servicios de salud de la madre y el niño como parte del programa de salud familiar, más un énfasis en su calidad; y el mejoramiento de la calidad del agua y del saneamiento básico (180).

En México, la prevalencia de talla inferior a la normal descendió del 27% en 1988 al 13,6% en el 2012. En la parte sur, que es la más pobre del país, la proporción descendió del 39% en 1988 al 22% en el 2006. A partir de 1999, el programa Progresá —más tarde conocido por Oportunidades y en época más reciente, por Prospera— se ha centrado en las comunidades rurales y más pobres mediante la concesión de transferencias monetarias condicionadas y la prestación de una mejor atención de salud a los niños en el sistema de salud y las escuelas. Esta estrategia puso en primer plano la creación de servicios y el establecimiento de un sistema de vigilancia y de evaluación de consecuencias que no solo confirmó la eficacia de las medidas en la práctica, sino que también justificó continuarlas en los gobiernos sucesivos (181).

En el Perú, la frecuencia de la desnutrición crónica descendió del 31,6% en el 2000 al 19,6% en el 2011. Su persistencia mostró una asociación con los siguientes factores: el nivel de escolaridad de la madre, vivir en una zona montañosa a una altura de más de 2500 metros, venir de un hogar donde viven dos niños o más, y ser el tercer hijo o uno nacido después del tercero. En el 2007, un estudio realizado por el Centro de Investigación, Educación y Desarrollo del Instituto Nacional de Estadística e Informática reveló que las disminuciones también guardaban relación con el amamantamiento de los niños durante la primera hora de vida, mejores prácticas de destete, la higiene, el tratamiento de las enfermedades diarreicas y la presencia de infecciones respiratorias agudas. Además, en el 2006 el gobierno central puso en práctica una estrategia de desarrollo nacional y de inclusión social llamada Crecer. Tenía cinco líneas de acción estratégicas, a saber, la nutrición del niño;

el desarrollo del niño en la primera infancia; el desarrollo de los niños y los adolescentes; la inclusión económica, y la protección social. La estrategia promueve la reducción de la pobreza extrema, coordina el trabajo intersectorial y la participación de los gobiernos regionales y locales, y lleva a cabo una amplia variedad de intervenciones enfocadas en los determinantes sociales más críticos (182).

ODM 4: Mejorar la salud del niño

La lactancia materna

Los incentivos para promover la lactancia materna exclusiva de los niños hasta los 6 meses de edad han desempeñado un papel importante en la reducción de la mortalidad del neonato y del niño. Esto se ha observado en los países donde ha habido un descenso de la mortalidad notificada en los niños menores de un año. Tanto la OMS como el UNICEF alientan a los países a promover, proteger y facilitar la lactancia materna. En lugares con pocos recursos, higiene precaria y poca agua potable, la lactancia materna puede salvar la vida de los recién nacidos. Entre sus ventajas figura la de conferir protección contra las enfermedades infecciosas, sobre todo las del aparato digestivo, que son causas importantes de morbilidad y mortalidad en menores de un año en los países en desarrollo. La lactancia materna también reduce el riesgo de padecer obesidad en la niñez (183). En consecuencia, las campañas de promoción, educación continua y comunicación sistemáticas siguen siendo componentes prioritarios de futuros programas, al igual que el suministro de suplementos alimentarios para mujeres embarazadas y madres lactantes, menores de 1 año alimentados al pecho y niños preescolares.

Equipos de salud familiar para la vigilancia de la salud del niño: promoción, prevención y diagnóstico

La vigilancia de la salud del niño mediante equipos de salud familiar constituye un adelanto importante. La evaluación del estado nutricional basada en la talla y el peso del niño, la rehidratación oral y la vacunación son ejemplos de medidas eficaces para reducir la morbilidad y la mortalidad. Los profesionales de la atención primaria de salud dependen de medidas de prevención y promoción de la salud, diagnóstico temprano, tratamiento y rehabilitación a escala poblacional, especialmente en los grupos en las situaciones de mayor vulnerabilidad. El modelo de la atención primaria orientada hacia la comunidad es una extensión de la medicina familiar y comunitaria que tiene por finalidad simplificar, organizar y uniformar los recursos de salud existentes, procurando poner el énfasis en actividades dirigidas a un grupo en particular. Por espacio de más de 50 años, países como Bolivia, Colombia, Costa Rica, Cuba, Nicaragua, México, Estados Unidos y Uruguay han venido ejecutando, con resultados variables, programas de educación médica basados en la atención primaria orientada hacia la comunidad (62).

Condiciones higiénicas y ambientales adecuadas, sobre todo en las áreas de mayor vulnerabilidad

Un aspecto importante de la mortalidad de los menores de 1 año tiene que ver con las condiciones higiénicas y sociales. La muerte de un neonato en la primera semana de vida se asocia con una atención prenatal y obstétrica inadecuada y también con la mala higiene, el analfabetismo materno y la pobreza. Aunque la mortalidad de los recién nacidos y menores de 1 año se ha reducido, siguen faltando políticas que incidan en los determinantes ambientales, sociales, económicos, demográficos y políticos y que reduzcan las desigualdades en el ámbito de la salud. Otros factores maternos asociados con el riesgo de que un niño muera en el primer año de vida son la multiparidad, la baja escolaridad materna, la poca atención de salud, el acceso inadecuado a métodos de planificación familiar y la desnutrición. Para reducir la mortalidad en los menores de 1 año, es importante realizar más intervenciones de salud que sirvan para mejorar la atención prenatal y del embarazo, aumentar la lactancia materna y mejorar el saneamiento ambiental, además de adoptar medidas que incidan en los determinantes sociales de la salud, incluida la educación (184).

La vacunación

Los primeros países en desarrollo en eliminar la poliomielitis, el sarampión y la rubéola fueron países de la Región de las Américas. Este triunfo se debió a la alta cobertura de vacunación y a leyes que protegían las asignaciones presupuestarias para la vacunación que se llevaba a cabo en los programas de vacunación infantil ordinarios. Como resultado de esta iniciativa, que duró 30 años, la Región está ahora en posición de ayudar a los países en desarrollo en otras partes a hacer frente a las dificultades que entrañan la reducción y eliminación de las enfermedades, la gestión de los programas de vacunación y la

formulación de leyes y políticas para la protección de la vacunación como recurso de carácter público. Además, muchos países en América Latina y el Caribe usan registros de vacunación nominales para facilitar la vigilancia de la cobertura. Estos registros ayudan a los países a determinar cuáles son las áreas en que no se ha alcanzado la cobertura proyectada y a tomar medidas correctoras y, en última instancia, a alcanzar sus objetivos estratégicos. Por consiguiente, es importante fortalecer la capacidad y dar continuidad a esta experiencia, que sirve de instrumento de cooperación regional y mundial (185).

Promover el aumento de los presupuestos para los niños

Todas las mediciones de la pobreza, independientemente del método que se haya usado para obtenerlas, apuntan a que los niños son el grupo de población que se ve afectado por la pobreza del modo más desastroso. El diálogo con los gobiernos sobre bases empíricas tiene que avanzar mucho para que aumente el presupuesto del área materno-infantil. Es preciso entender que invertir en los niños equivale a invertir en el desarrollo presente y futuro de un país y que la inversión debe ser sostenible a lo largo del tiempo. Por ejemplo, en el Perú, la asignación de recursos adicionales para el cumplimiento de diversos planes y programas, fruto de una iniciativa técnica conjunta del Ministerio de Salud y el Estado, permitió reducir la mortalidad de los menores de 5 años en más de un 115% entre 1990 y el 2015. Otros países —Antigua y Barbuda, Bolivia, Brasil, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua y Saint Kitts y Nevis— también han obtenido buenos resultados, incluso reducciones de más de un 90% (24). Otros problemas que deben ser tratados desde la perspectiva conjunta de la salud de la madre y el niño son los accidentes dentro y fuera del hogar, la violencia y la salud mental en la niñez.

La atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia

Los modelos y las políticas asistenciales de carácter integrado están cobrando una mayor presencia en la Región. Algunos países han incorporado la estrategia para la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia. Por ejemplo, en Bolivia, el Brasil, Guyana, Honduras, Nicaragua y el Perú, esta estrategia se está usando para prevenir, controlar y tratar enfermedades y trastornos que afectan a las mujeres, los fetos, los recién nacidos y los niños; tratar problemas tales como la desnutrición, la carencia de calcio y ácido fólico en el período periconcepcional, la tuberculosis, la caries dental, la enfermedad de Chagas, los trastornos perinatales y neonatales, los accidentes, el maltrato y la violencia domésticos, los trastornos mentales, las enfermedades respiratorias, los problemas del desarrollo en la niñez y la infección por el VIH/sida; y para mejorar la salud en las comunidades autóctonas (186).

ODM 5: Mejorar la salud materna

Reducción de barreras al acceso a los servicios de salud y el control prenatal

Aunque las tasas de fecundidad han descendido, la mortalidad materna sigue siendo un gran problema en los países de la Región, a menudo por falta de acceso adecuado y oportuno a los servicios de salud. La eliminación de las barreras que limitan el acceso, así como la provisión de cobertura universal, permiten ampliar los programas de prevención y de promoción de la salud, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos. Las familias también quedan protegidas contra el riesgo económico que conlleva el costo de la atención (77). Por ejemplo, el Brasil creó su Sistema de Salud Universal (*Sistema Único de Saúde*, SUS) en 1988 y con ello puso en marcha un amplio programa de reformas del sector de la salud encaminado a aumentar la cobertura de las personas en situaciones vulnerables, incluidas las embarazadas. Además, los países de América Latina y el Caribe han formulado leyes y políticas para fortalecer los sistemas de salud a fin de proteger la salud materno-infantil y establecer estrategias de salud comunitarias (187).

La reducción de las muertes por causas obstétricas directas

Se ha visto que la educación continua de los profesionales dedicados a la atención materna, el acceso a los medicamentos y el mejoramiento de los establecimientos de salud, incluidos el equipo y el personal, reducen mucho las muertes maternas por causas obstétricas directas (54). Estas muertes, que a menudo se asocian con la hemorragia en el tercer trimestre, son evitables y fácilmente manejables por personal calificado. La incorporación de las parteras tradicionales en los programas de salud ha ayudado a mejorar el acceso de las embarazadas de zonas rurales y autóctonas a los servicios asistenciales. Existen varios ejemplos de buenos resultados en la Región, entre ellos el de Haití y su programa *Soins obstétricaux gratuits*

[cuidados obstétricos gratuitos]. Estas experiencias pueden resumirse con las siguientes iniciativas: la elaboración y aplicación de políticas públicas apropiadas y sostenibles, incluidos diversos mecanismos de protección social; el fortalecimiento de la salud comunitaria mediante la promoción de la diversidad cultural y de la atención primaria de salud orientada hacia la comunidad; el mejoramiento del nivel de instrucción de las mujeres; el refuerzo de la cooperación nacional e internacional; el mejoramiento de los sistemas de información y vigilancia; y la educación continua del personal de salud en función de las necesidades de la población (188).

La normalización de la información en torno al embarazo

Las discrepancias entre los datos de mortalidad materna en los registros nacionales y los cálculos realizados por algún grupo interinstitucional llevaron a los países a mejorar sus sistemas para la vigilancia de las muertes maternas y a crear procesos de rendición de cuentas para notificarlas. La OPS promovió la búsqueda activa de las defunciones en mujeres en edad fecunda y otros procesos para detectarlas mediante la prestación de apoyo técnico directo a los países y la facilitación de la cooperación Sur-Sur. Esta sistematización de la información debe efectuarse con los datos de carácter nacional, así como con los datos desglosados en el nivel subnacional. La experiencia ha demostrado que los comités de mortalidad materna y neonatal pueden ser útiles no solo para identificar e investigar las muertes maternas, sino también para examinar los datos y recomendar las medidas que puedan ser necesarias. La vigilancia y la evaluación en todos los niveles son elementos indispensables para la planificación y prestación de los servicios programáticos dentro de los sistemas de salud y para el mantenimiento de los sistemas de información sanitaria (188).

Las cesáreas como factor de riesgo de morbilidad y mortalidad materna y neonatal

Según las recomendaciones de la OMS, la frecuencia de los partos por cesárea no debe ser mayor del 15%. La proporción ascendente que se ha observado en varios países de la Región en los últimos años, que en algunos casos ha pasado del 40%, aumenta el riesgo de morbilidad y mortalidad materna y perinatal e impone un costo y una carga adicionales a las familias y al sistema de salud. Las estrategias que han dado buenos resultados en cuanto a la reducción de los partos por cesárea se basan en intervenciones dirigidas tanto a las embarazadas como a los profesionales, en el primer caso mediante actividades de educación, comunicación y orientación prenatales y, en el segundo, mediante directrices y el requisito de solicitar la opinión de un colega (189).

El embarazo en la adolescencia: un problema persistente en la Región

América Latina y el Caribe ocupan el segundo lugar en el mundo en cuanto a la frecuencia del embarazo en la adolescencia. Un promedio de 38% de las mujeres en la Región tienen un embarazo antes de cumplir los 20 años de edad, situación que constituye una de las principales causas de muerte en mujeres adolescentes en la Región. Por otro lado, el porcentaje de embarazos en la adolescencia es de tres a cinco veces mayor entre los grupos de ingresos bajos que entre los más privilegiados. Las niñas menores de 15 años tienen una probabilidad más alta de morir durante el parto y, cuando una madre es menor de 18 años, la probabilidad de que su bebé muera en el primer año de vida es un 60% más alta (190). Las intervenciones que pueden ayudar a revertir este problema son, entre otras, las que buscan mejorar la confianza de las adolescentes en sí mismas y sus conocimientos por medio de la educación sexual, la eliminación del estigma en los servicios de salud, la garantía de confidencialidad y la prestación de servicios preventivos, incluido el suministro de anticonceptivos en el momento propicio (191).

La salud de la mujer sigue avanzando gracias a actividades en distintos niveles

Aunque ningún país ha logrado alcanzar la meta de reducir la mortalidad materna en un 75%, los esfuerzos por lograrlo han sido descomunales y es mucho lo que se ha avanzado. Por ejemplo, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, México, Perú, República Dominicana y Uruguay han tenido reducciones de más de un 50% desde 1990.

En el nivel interinstitucional, el Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna, las organizaciones de las Naciones Unidas, los organismos de cooperación, los bancos internacionales, las organizaciones no gubernamentales y algunas asociaciones profesionales de carácter regional se han aliado a fin de promover una mejor atención y más participación

en cuestiones relativas a la salud materna mediante un plan de trabajo anual. Este plan se ha usado para generar sinergias, facilitar el uso racional de los recursos económicos, evitar la duplicación de esfuerzos y establecer un marco estratégico para promover la cooperación técnica (188).

A escala regional, en vista de la lentitud del progreso hace el cumplimiento del ODM 5, en el 2010 la OPS instó a los países a elaborar un plan para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave (54). Aunque el programa fue aprobado por todos los Estados Miembros, no se tenían los recursos que la resolución pedía y, por consiguiente, no se tomaron las medidas recomendadas. El resultado fue que la mayoría de los países no actualizaron sus planes, situación que demuestra que la aprobación de una resolución no garantiza que se haga cumplir o que se ponga en práctica, y que en lo sucesivo se deberán explorar otros mecanismos para hacer que se cumplan los compromisos contraídos.

En el nivel nacional, uno de los medios más eficaces para promover el acceso a la atención prenatal, del parto y del puerperio han sido los incentivos ofrecidos por los países de América Latina y el Caribe como parte de las políticas destinadas a extender la protección social en el área de la salud materna. Algunos de los países han promovido el acceso gratuito a los servicios de salud materna o las transferencias monetarias condicionadas; son ejemplos de ello los programas Seguro Universal Materno Infantil y Bono Juana Azurduy en Bolivia, así como diversos programas afines en otros países de la Región.

ODM 6: Combatir la infección por el VIH/sida, la malaria y la tuberculosis

La infección por el VIH/sida

Dar prioridad a la reducción de nuevas infecciones

Se calcula que un 75% de las embarazadas en la Región se sometieron a pruebas de detección del VIH en el 2014. Por otro lado, un 81% de las embarazadas que mostraron positividad al virus recibieron tratamiento, lo cual ha reducido, a su vez, las infecciones nuevas en los recién nacidos. Sin embargo, cabe señalar que los adelantos extraordinarios en el acceso al tratamiento observados en otros grupos de población no se han visto asociados con reducciones equivalentes del número de casos. Para garantizar una respuesta sostenible, es importante no solo aumentar la proporción de pacientes en tratamiento, sino también hacer que disminuyan las infecciones nuevas.

Cautela al interpretar la información

Es preciso prestar atención a la interpretación de la información relativa a todas las metas de salud, ya que los puntos de referencia pueden desplazarse durante el proceso de ejecución. Se observó, por ejemplo, que en el período que corresponde al cumplimiento de los ODM, y en el 2013 en particular, se notificó en un comienzo que el 56% de los pacientes con un diagnóstico de infección por el VIH y aptos para ser tratados estaban recibiendo antirretrovíricos. No obstante, la proporción aplicable a ese mismo año descendió al 44% cuando se modificaron los criterios de admisibilidad (75, 78).

La infección por el VIH/sida y la sífilis congénita

Cuba fue el primer país del mundo en recibir la validación de la OMS de haber eliminado la transmisión materno-infantil de la infección por el VIH/sida y la sífilis congénita. Se trata de un hito que otros países de la Región quizá puedan alcanzar y que sienta las bases para dar seguimiento al plan de acción conexo y cumplir de lleno todas las metas trazadas. Los países deben dedicarse a crear sistemas de información que proporcionen datos sobre la atención prenatal básica, incluida la prevención de la infección por el VIH/sida y la sífilis; a mejorar la cobertura y la calidad de estos sistemas; y a ampliar la cobertura de los sistemas de vigilancia basados en la búsqueda activa de casos de infección por el VIH y de sífilis congénita en niños a modo de incorporar en ellos los informes de los proveedores privados. Hasta la fecha, otros 17 países —Anguila, Antigua y Barbuda, Barbados, Bermudas, Canadá, Chile, Cuba, Dominica, Estados Unidos, Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes (Reino Unido), Islas Vírgenes (Estados Unidos), Montserrat, Puerto Rico, Saba y Saint Kitts y Nevis— han notificado datos para el 2014 que parecen compatibles con el cumplimiento de la meta (192).

Necesidad de indicadores más específicos y apropiados para distintos contextos

Dada la naturaleza de la epidemia en diferentes regiones, habría sido útil tener indicadores regionales, subregionales y nacionales específicos que hubiesen dado una idea más concreta de la situación en los grupos más vulnerables y en distintas poblaciones. Por ejemplo, los indicadores originales relativos a los jóvenes no se tuvieron en cuenta al final. Además, la edad en que se puede dar el consentimiento para la evaluación diagnóstica de los adolescentes y adultos jóvenes parece haber limitado el acceso a las pruebas de detección del VIH y a otros servicios conexos. Por lo tanto, hacen falta indicadores más orientados hacia la gente joven y, sobre todo, los grupos en mayor riesgo de contraer la infección. La OPS puede hacer mucho por ayudar a interpretar los indicadores formulados para los ODS de un modo que sea el apropiado según el contexto regional, subregional y nacional.

La malaria

La planificación estratégica y la cooperación técnica

La Región ha dado grandes pasos hacia el logro de las metas de los ODM relativas a la malaria. Al 2014, un total de 14 países habían logrado reducir en un 75% su carga de morbilidad y, por lo tanto, habían alcanzando la meta trazada por la OPS. Además, 17 de los 21 países afectados en la Región se comprometieron, con carácter oficial, a redoblar sus esfuerzos por eliminar la enfermedad. El establecimiento de una meta de la OPS, junto con el apoyo estratégico regional, el apoyo a los países, la cooperación técnica a largo plazo y la planificación estratégica nacional, ha contribuido al progreso en curso, que debe fortalecerse mediante el uso de indicadores nuevos en el marco de los ODS (85, 86).

Sistemas de vigilancia fortalecidos y que funcionen bien para prevenir el restablecimiento de la transmisión

Sigue habiendo factores que favorecen la transmisión local de la enfermedad en países previamente declarados sin transmisión. Por lo tanto, es necesario fortalecer los sistemas de vigilancia y cerciorarse de que estén funcionando bien, sobre todo mientras la Región se acerca a la eliminación. Por ejemplo, en las Bahamas y Jamaica la reintroducción se produjo después de varios decenios sin transmisión y estos países han tenido que dedicar mucho esfuerzo y abundantes recursos a recuperar la situación que existía. Si no se mantienen la vigilancia y las actividades que reducen la carga de morbilidad, los logros alcanzados se podrían perder. Otro ejemplos son el de la República Bolivariana de Venezuela y el de otro puñado de países donde últimamente los casos han aumentado en más de un 150% (86).

Intervenciones apropiadas basadas en el fortalecimiento de los servicios de salud

El fortalecimiento de los servicios de salud ha mejorado el acceso a los métodos de diagnóstico, y como resultado de una mejor capacidad diagnóstica, la investigación operativa ha podido producir información de utilidad para la toma de decisiones basadas en datos científicos, como por ejemplo, en el caso de datos acerca del uso de tratamientos eficaces. A medida que los países han fortalecido sus sistemas de vigilancia e investigación, su carga de morbilidad ha bajado considerablemente.

La Organización Panamericana de la Salud como intermediaria en el financiamiento del control de la malaria

Después de que se puso en marcha la estrategia mundial de lucha contra el paludismo en 1992, el lanzamiento en 1998 de la iniciativa Hacer Retroceder el Paludismo dio un impulso adicional a los esfuerzos por controlar la malaria (88). La finalidad de esta iniciativa era ayudar a los países a reorientar sus programas y movilizar fondos. La OPS servía de intermediaria en la obtención de apoyo económico externo para los países de la Región; como ejemplo viene al caso la Iniciativa contra la Malaria en la Amazonía (RAVREDA), financiada por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) (87). Además, los países que reunían los requisitos para recibir asistencia se beneficiaron económicamente del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria. Gracias a los fondos de estas fuentes, el presupuesto total para las medidas de control de la malaria en la Región ha aumentado de forma sostenida, de menos de US\$ 100 millones en el 2000 al monto actual de más de US\$ 200 millones.

Los logros alcanzados como reflejo de los compromisos asumidos por los gobiernos

Los logros alcanzados en relación con la reducción de la malaria han sido posibles gracias a los compromisos asumidos por los gobiernos de los países de la Región que se han visto afectados, los cuales han sido los destinatarios de alrededor de un 90% de los fondos. Sin embargo, también cabe recordar que cualquier recurso adicional que provenga de un miembro externo puede facilitar la obtención de resultados óptimos, siempre y cuando los fondos se inviertan estratégicamente para subsanar carencias básicas.

El reconocimiento de la labor de los países de la Región

Cada año desde el 2009 se ha efectuado una búsqueda de Campeones contra el Paludismo en las Américas. Esta iniciativa ha llevado a que se detecten 21 proyectos fructíferos en la Región y ha dado visibilidad a aquellas comunidades, localidades, municipios y estados que han avanzado a un ritmo sin precedentes en el control de la malaria y otras enfermedades. Uno de estos proyectos —el ganador del año 2015— fue el Plan Nacional para el Control de la Malaria (*Plano Nacional de Controle da Malária*) del Brasil, que fue galardonado por sus redoblados esfuerzos por mejorar el acceso y el uso de pruebas diagnósticas. En ese país la carga nacional y regional de malaria se ha reducido considerablemente desde el 2000, gracias a medidas dirigidas hacia las personas en las situaciones más vulnerables, entre ellas las embarazadas, los niños y los pobres. En el 2014, el Centro Nacional Para el Control de las Enfermedades Tropicales de la República Dominicana fue premiado por su labor en el área del control integrado de los vectores, iniciativa intersectorial y transfronteriza que ha redundado en una gran reducción de la carga de morbilidad en el país. En el 2012 se llevó los honores el Programa Nacional de Control del Paludismo del Paraguay, que logró reducir la transmisión de la malaria en un 99% gracias al fortalecimiento de su estrategia T3 (por *test, treat, track*): diagnóstico, tratamiento y vigilancia (92).

La tuberculosis

Los logros alcanzados gracias a las estrategias DOTS y Alto a la Tuberculosis

El control exitoso de la tuberculosis en América Latina y el Caribe permitió alcanzar las metas trazadas para el 2015. Esto fue posible gracias a dos tácticas fundamentales. La primera fue el uso de la estrategia DOTS, lanzada por la OMS y aplicada en la Región en 1996, que sirvió de base para los programas nacionales contra la tuberculosis en todos los países. La segunda, introducida en el 2006, fue la estrategia Alto a la Tuberculosis, de la OMS, que se compuso de intervenciones para el tratamiento de la coinfección con el bacilo de la tuberculosis y el VIH, así como de las distintas formas de tuberculosis farmacorresistentes, teniendo como bases la participación de todos los prestadores de atención de salud, el poder de decisión de las personas con tuberculosis y de la comunidad, y el fomento de la investigación (94, 100).

Introducción de medidas diferenciadas de prevención y control para las personas en situaciones vulnerables

La prevención y el control de la tuberculosis se fortalecieron en todos los niveles del sistema de salud de cada país, incluso en el ejercicio privado y en el de la medicina tradicional. Las intervenciones —desde las medidas de control básicas hasta los planes para la eliminación de la tuberculosis— se diseñaron a partir de indicadores programáticos y epidemiológicos y se adaptaron a los distintos contextos en cada país. Estos contextos permitieron determinar el orden de prioridad de las intervenciones y de la cooperación técnica de la OPS/OMS (96, 98, 102).

Se aplicaron varias intervenciones para reducir la tuberculosis, a saber: a) medidas dirigidas a los grupos muy vulnerables, como los presidiarios, los grupos indígenas, los afrodescendientes y las personas pobres en áreas rurales y periurbanas; b) la incorporación del control de la tuberculosis y de la infección por el VIH en todos los planes de trabajo de los programas antituberculosos nacionales, junto con el incremento de los servicios y de las pruebas detectoras del VIH para las personas con tuberculosis, la provisión de antirretrovíricos para las que padecen infección por el bacilo tuberculoso y el VIH simultáneamente, y el tratamiento preventivo con isoniazida para las personas portadoras del VIH; c) la incorporación de la tuberculosis en los programas de protección social en la mayor parte de los países de la Región; d) el trabajo interprogramático con distintas áreas, entre ellas la de las enfermedades no transmisibles, en particular la diabetes sacarina, la de la salud mental y la de los determinantes sociales de la salud, y e) la ejecución del Marco de trabajo para el control de la tuberculosis en grandes ciudades

de Latinoamérica y el Caribe —iniciativa dirigida hacia las poblaciones pobres en zonas periurbanas con dificultades de acceso a los servicios de salud— así como la participación activa de las autoridades políticas y sanitarias locales (96, 98, 99).

El fortalecimiento de las redes de laboratorios y el mejoramiento de la capacidad diagnóstica

El establecimiento del Grupo de Trabajo de Laboratorios de Tuberculosis en las Américas ayudó a mejorar la cobertura de las redes de laboratorios nacionales, los programas corrientes para la garantía de la calidad de las pruebas bacteriológicas y el uso de nuevos medios de diagnóstico avalados por la OMS (104).

La vigilancia epidemiológica y el asesoramiento técnico de la Organización Panamericana de la Salud y otros socios

Se emprendieron varias medidas importantes para ayudar a controlar la enfermedad: la vigilancia sistemática de la resistencia a los fármacos antituberculosos en personas con resultados bacteriológicos positivos y el tratamiento de la tuberculosis multirresistente y extremadamente resistente en consonancia con las directrices del programa, con descentralización en los primeros niveles asistenciales. El Grupo Consultivo Técnico del Programa Antituberculoso Regional de la OPS/OMS y otras organizaciones internacionales han instado a los países a adoptar estas medidas y la OPS ha estado ofreciendo apoyo técnico para que las pongan en práctica (100).

El enfoque intersectorial y los determinantes sociales

La tuberculosis refleja vívidamente las profundas desigualdades sociales y económicas que siguen existiendo en la Región. Es un hecho consabido que la morbilidad y mortalidad por tuberculosis descendieron por un tiempo poco antes del descubrimiento de los antibióticos y que ese cambio se debió en buena medida a la presencia de mejores condiciones económicas y sociales. Por otra parte, en muchos países de la Región no solo la pobreza y la inequidad, sino también las “enfermedades” de índole social, como la estigmatización, la exclusión y la discriminación, complican aun más la situación de los más vulnerables. Se ha encontrado que son determinantes sociales la pobreza, la inequidad, el estado nutricional, el hacinamiento, la discriminación, la exclusión social, el desempleo, la escolaridad baja o ausente y la falta de servicios de salud y de seguridad social. Por consiguiente, las actividades deben ir más allá de la detección, el tratamiento y la curación de las enfermedades (97).

El apoyo económico de los socios para alcanzar la meta del ODM 6 relacionada con la tuberculosis

La OPS apoyó la movilización de los recursos económicos nacionales por medio del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria; otras fuentes que privilegian la prevención y el control de la tuberculosis, especialmente en personas en situaciones vulnerables o con tuberculosis multirresistente o ultrarresistente y coinfección por el bacilo de la tuberculosis y el VIH; y los programas regionales financiados por la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) y la USAID que se centraron en ampliar el alcance de la asistencia técnica de la OPS/OMS y en observar y evaluar los programas antituberculosos nacionales. A fin de mantener los adelantos logrados hasta la fecha en la Región en relación con los ODM, el Programa Regional de Tuberculosis prestará asistencia técnica a países que estén adoptando o adaptando la nueva estrategia mundial Alto a la Tuberculosis, cuyos principios y metas permitirán que los países y la Región como un todo alcancen las metas de los ODS (94).

ODM 7: Garantizar la sostenibilidad ambiental

La gobernanza, la inversión y la creación de entornos propicios

Es esencial que los países de la Región logren puedan en la gobernanza y en fortalecerla y que puedan mejorar su capacidad para crear ambientes que le sean propicios. Se ha observado que muchos países tienen problemas de gobernanza en los niveles nacional y subnacional y que, por lo general, los municipios apenas tienen una capacidad de intervención mínima. Asimismo, es preciso que los gobiernos refuercen su capacidad para poner en marcha políticas que favorezcan directamente a los indicadores relativos al agua potable y al saneamiento básico, poniendo en primer plano intervenciones que lleguen a las personas en las situaciones más vulnerables, incluidas las que viven en las zonas rurales o en la periferia de las ciudades grandes, los grupos indígenas y los pobres (109).

La participación política en los planes para la seguridad del agua

Aunque la OPS ha estado impulsando planes para la seguridad del abastecimiento de agua, el compromiso de los países ha sido esporádico. Hay una clara necesidad de concentrarse en integrar la planificación del agua en las políticas nacionales y locales. Para que avancen los planes relativos a la seguridad del agua se necesita una mayor coordinación, puesto que en estos proyectos la responsabilidad tiene que compartirse y los organismos multilaterales, bilaterales o privados pueden asumir un papel protagónico. Es preciso, por consiguiente, estrechar mucho más la colaboración entre la OPS, los países y las instituciones que financian la construcción de las grandes obras de infraestructura para el abastecimiento de agua potable y saneamiento básico (111).

Una mayor responsabilidad de parte de las instituciones públicas en materia de agua potable y saneamiento básico

El sector de la salud ha estado sustrayéndose de su función en materia de agua potable y saneamiento básico y permitiendo que otros organismos e instituciones se ocupen de estas áreas. Sin embargo, la falta de una iniciativa intersectorial está minando el progreso. Los ministerios de salud no deben abandonar su compromiso público y político de controlar la calidad del agua y el saneamiento básico, dos determinantes de la salud de importancia fundamental (110).

La creación de indicadores para medir la desigualdad en materia de saneamiento básico

Salta a la vista que hay diferencias en el suministro de agua potable y saneamiento básico entre las poblaciones rurales y las urbanas, dentro de las mismas poblaciones urbanas y entre las zonas urbanas y periurbanas. Por ejemplo, los datos correspondientes a las grandes urbes y capitales ocultan los promedios nacionales o locales bajos y las desigualdades existentes entre las zonas urbanas y periurbanas en materia de saneamiento. Al mismo tiempo, hay una falta de planificación para hacer frente al rápido crecimiento demográfico y urbano en las ciudades. Se están proponiendo varios indicadores para medir las desigualdades en el suministro de agua potable en el marco de la agenda para después del 2015; cabe hacer lo mismo con respecto a las desigualdades en materia de saneamiento básico, asegurándose de incluir sin falta a todos los grupos en situaciones vulnerables (los grupos indígenas y los residentes de zonas rurales y periurbanas) (113).

ODM 8: Establecer una alianza mundial para desarrollo

El financiamiento

Sistemas de financiamiento sanitario obligatorios que sean eficaces en la práctica, eficientes y equitativos

Hoy en día se reconoce ampliamente que es imprescindible depender predominantemente de contribuciones obligatorias para establecer un sistema de financiamiento sanitario equitativo. Estas contribuciones cumplen la función esencial de acelerar el progreso hacia la cobertura universal de salud y proporcionan la base para el financiamiento de los sistemas públicos. En general, los sistemas de financiamiento obligatorios para fines sanitarios deben tener tres características: a) ser eficaces en la práctica, teniendo como base buenos sistemas de tributación y colección; b) ser eficientes, es decir, capaces de reducir los gastos administrativos y —a la larga y conforme más personas se suman al empleo formal— de facilitar la recaudación de los impuestos sobre la renta, sobre los productos y sobre los servicios que no sean esenciales, y c) ser equitativos, habida cuenta de que son el único mecanismo mediante el cual los países pueden acumular los recursos para crear un fondo general para redistribuir los recursos y servicios de salud a toda la población (138).

La participación social y la rendición de cuentas

La participación comunitaria y social y el poder de decisión en asuntos relativos a la salud son aspectos importantes del proceso de invertir en esta. Las comunidades que participan más y que lo hacen de una manera más activa obtienen mejores resultados de salud. Al mismo tiempo, la rendición de cuentas por parte del gobierno tiene que ser parte del proceso.

La importancia que sigue teniendo el financiamiento externo

En varios de los países de ingresos bajos, ni siquiera redoblando los esfuerzos por aumentar los fondos internos para la salud se obtendrían recursos suficientes para prestar, con el volumen y la calidad debidos, los servicios que la población necesita. Por consiguiente, la asistencia económica externa seguirá haciendo falta en el futuro previsible, hasta que las economías nacionales de estos países estén en condiciones de aportar suficientes recursos. Por añadidura, cualquier asistencia económica, si ha de ayudar a estos países a progresar hacia la cobertura universal de salud y el acceso a la atención de salud, tendrá que acompañarse de criterios que garanticen que la cobertura y el acceso sean eficaces en la práctica, así como eficientes y equitativos. La asistencia externa también se puede usar para planificar y aplicar estrategias adecuadas para el financiamiento de la salud, o bien estrategias que fortalezcan los recursos humanos de dicho sector y los sistemas de información de salud. De esta manera, los donantes podrán ver el efecto de sus contribuciones en toda la población, especialmente en las personas pobres o en situaciones de vulnerabilidad (193, 194).

Poblaciones con acceso sostenible a la asistencia médica

El copago: una medida disuasoria para las personas en situación de vulnerabilidad

En lo que respecta a la atención médica de las personas pobres, el más mínimo cobro puede disuadirlas de buscar los servicios de salud que necesitan. En situaciones de vulnerabilidad, el copago se convierte en una medida injusta e innecesaria. Los países pueden reemplazar los pagos en el punto de servicio con distintas formas de financiamiento sostenible que no pongan en riesgo a las personas en situaciones de vulnerabilidad. La eliminación o reducción sustancial de los pagos en el punto de servicio es una característica común de todos los sistemas que han alcanzado la cobertura universal de salud y el acceso universal a la atención de salud (195).

Definir qué medidas podrían servir para mejorar

Se han definido varios factores que interfieren con las ventajas que las poblaciones pueden obtener a partir de la cobertura universal de salud y del acceso universal a los servicios asistenciales y los medicamentos. Figuran entre ellos la segmentación y fragmentación de los sistemas de salud; la falta de compromiso político; la mala coordinación entre las comunidades y las entidades locales, nacionales e internacionales; la utilización inadecuada de información de carácter local, y la poca cooperación intersectorial. Otros factores limitantes que tienden a conducir a una inversión insuficiente en los servicios y sistemas de salud son los cambios en los principios políticos y económicos del gobierno y la inestabilidad macroeconómica (142, 143).

Otras enseñanzas

La inversión en el personal de salud

La capacitación integrada técnica y humanística y el mejoramiento del entorno laboral

La inversión en los recursos humanos es un área esencial de la que hay que ocuparse, ya que la calidad de los servicios de salud depende mucho de las personas que los proveen. Los trabajadores de la salud deben recibir una capacitación integrada y de enfoque técnico así como humanístico. Su desempeño depende no solo de los conocimientos y aptitudes que posean, sino también del ambiente laboral y de los incentivos apropiados, tanto localmente como en el nivel mundial. Es importante, por lo tanto, reexaminar la capacitación de orientación comunitaria y reformular los programas de estudios como política regional para así lograr que se imparta una capacitación basada en las necesidades existentes (193).

Estrategias para evitar la fuga de personal competente y mejorar la distribución de los recursos humanos

Debido a una ausencia de políticas que estimulen la retención de los trabajadores de salud, muchos de ellos deciden migrar con la esperanza de mejorar su situación económica o de alcanzar un mayor desarrollo profesional. Esta migración no fluye solo hacia los países desarrollados; también se produce entre los países de la Región y dentro de ellos. La migración del personal de

salud deja a las poblaciones que viven en contextos de menor desarrollo, como los residentes de las zonas rurales y periurbanas y los grupos indígenas, con una menor dotación de dicho personal. La migración también produce una distribución desigual de los recursos humanos en los niveles nacional e internacional.

Los sistemas de información, la generación de evidencia, la creación de consenso y la toma de decisiones

La subnotificación de información: un problema persistente

La labor realizada durante el último decenio se ha centrado en fortalecer los sistemas de información de salud en las Américas, con hincapié en la cobertura de los sucesos vitales, tales como los nacimientos y las defunciones, que son una de las principales fuentes de datos para notificar el progreso hacia el cumplimiento de las metas de salud impulsadas por los ODM. Por ejemplo, se tomaron medidas para remediar varios problemas de subnotificación locales en algunos sectores asistenciales y se propusieron estrategias para reducir las dificultades que encierra la definición de estos sucesos mediante la capacitación del personal de salud en la preparación de informes. Y finalmente, se han dado pasos en los últimos 20 años, con el apoyo de los Estados Miembros, para fortalecer los sistemas de información de salud mediante la recopilación de datos sobre los indicadores básicos (43).

La generación de evidencia

En el caso de algunos ODM, se hizo necesario establecer primero bases de datos con la información básica que se necesitaba para respaldar las decisiones y adoptar políticas, estrategias y medidas que fueran eficaces en condiciones reales. Por ejemplo, la falta de evidencia estaba obstaculizando la cuantificación de la mortalidad materna, que por fin se consiguió. El obstáculo principal tenía que ver con la manera en que se estaban preparando los certificados de defunción, problema que llevó a la capacitación del personal de los archivos civiles en casi todos los países. En otros casos, la recopilación de la información supuso un esfuerzo arduo y constante, especialmente en la determinación de las tendencias y consecuencias en el largo plazo. Un buen ejemplo que viene a colación fue el estudio longitudinal realizado por el INCAP para determinar el efecto a largo plazo de la alimentación en los primeros años de vida, estudio que actualmente se considera una de las mejores fuentes de información sobre el tema (196). De manera análoga, el establecimiento del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) en 1970 y su posterior fusión con la Unidad de Salud de la Mujer y Reproductiva permitieron que la Región planteara propuestas técnicas y políticas para atender a los problemas más urgentes en las áreas de salud perinatal, salud de la mujer y salud reproductiva. Otro caso semejante ha tenido el apoyo continuo del Equipo Técnico Regional de Agua y Saneamiento.

La creación de consenso

La creación de consenso sobre la base de información válida y de consultas previas con los interesados directos ha inspirado la toma de diversas decisiones técnicas y políticas y ha prestado legitimidad a los diversos compromisos asumidos, en tanto que estos reflejan los intereses de los países. Como se ha visto a lo largo del presente documento, toda la participación de la Organización se ha basado en resoluciones aprobadas por sus Cuerpos Directivos y ha abarcado una amplia variedad de actividades que la Oficina Sanitaria Panamericana ha puesto en marcha (49). Por ejemplo, en el área de la salud reproductiva, en el 2008 los gobiernos acordaron llevar a cabo programas dirigidos a la juventud, consenso que se incorporó en la Declaración de México y en el *Plan de acción sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes* (197). Mediante esta decisión, los gobiernos legitimaron la ejecución de medidas para prevenir las enfermedades de transmisión sexual, con lo que contribuyeron al cumplimiento del ODM 6. Por otro lado, debemos ser conscientes de las dificultades de crear un consenso entre diferentes sectores e interesados directos. Surge, entonces, la necesidad de entablar relaciones innovadoras con otros sectores públicos y privados para poner en práctica la estrategia de salud en todas las políticas, medidas que incidan en los determinantes sociales de la salud, y los ODS.

El proceso decisorio

Sin descontar la importancia de recopilar y procesar información, la puesta en práctica eficiente y eficaz de las decisiones es la que produce resultados patentes para los países y la Organización. Dos ejemplos notables son el Fondo Rotatorio para la

Compra de Vacunas, establecido por el Consejo Directivo en 1977, y el Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública, creado por el Consejo Directivo en el año 2000. Ambos fondos emplean economías de escala y la negociación conjunta, junto con una logística impecable, para obtener y distribuir las vacunas, los medicamentos y otros suministros de salud. La OPS ha llevado a cabo actividades complementarias en otras áreas también, como por ejemplo, en el abastecimiento de agua potable y saneamiento básico, áreas en las cuales los organismos de financiamiento multilaterales, bilaterales y privados han asumido la principal responsabilidad de llevar a cabo proyectos infraestructurales a gran escala. No obstante, antes de poder alcanzar la meta de proveer acceso sostenible al agua potable y al saneamiento básico, era esencial mantener o mejorar la calidad de los servicios y, con ese fin en mente, la OPS impulsó la adopción de planes para garantizar la salubridad del agua.

Factores que llevan al buen éxito en el marco de la cooperación

Las intervenciones multisectoriales, la cooperación Sur-Sur y la cooperación triangular

Se entiende por salud un proceso de construcción social que exige un esfuerzo deliberado y consciente de parte de muchos sectores y componentes, como los de educación, transporte, trabajo, vivienda, economía e inclusión social, así como de los gobiernos locales y la sociedad civil organizada, en mutua colaboración. Este esfuerzo se fortalece aun más cuando se coordina con el sector privado, el clero, las fundaciones sin fines de lucro y otros elementos en posición de fomentar condiciones generales que favorecen la salud. La OPS, por su parte, aporta un valor adicional mediante su promoción de la cooperación Sur-Sur y triangular.

La cooperación Sur-Sur es un claro ejemplo de apoyo multilateral o bilateral encaminado a incrementar el desarrollo en los países. Haciendo uso de la triangulación, en ocasiones la OPS ha desempeñado un papel en algunas iniciativas como parte de los acuerdos, como por ejemplo, en el programa *Mais Médicos* del Brasil. Es importante —partiendo del conocimiento de cómo funciona la maquinaria de la cooperación y respetando la naturaleza de su estructura— organizar, coordinar y articular actividades de cooperación internacional y ayudar a establecer programas de cooperación en vez de proyectos técnicos. Esta forma de cooperación ofrece a los países la oportunidad de unirse, tener intercambios y sacar provecho de procesos innovadores de comprobada eficacia. Será importante, por lo tanto, incorporar experiencias, procesos eficaces y prácticas adecuadas en un sistema que pueda surtir un efecto catalizador en situaciones en que estos procesos puedan aplicarse en otros países por la vía de la cooperación horizontal (194).

La salud y el trabajo interinstitucional en la Región

Durante el último decenio, el apoyo de la OPS ha desempeñado un papel importante en el fortalecimiento de la colaboración entre el campo de la ciencia y la tecnología y el de la salud. De hecho, aproximadamente un 70% de los proyectos de cooperación en la Región tienen que ver con la salud. Es importante seguir promoviendo actividades con las organizaciones internacionales, tales como la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR), el Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS), la CELAC, la Alianza Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América (ALBA), la Comunidad del Caribe (CARICOM), el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA), la Comunidad Andina de Naciones (CAN), el MERCOSUR y la Organización del Tratado de Cooperación Amazónica (OTCA), entre otras. También es esencial promover la función de la OPS como organismo facilitador y enlace mutuo entre los diversos organismos e instituciones que trabajan en la Región y que llevan a cabo actividades relacionadas con la salud directa o indirectamente, tales como el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el UNICEF, el Banco Mundial, la USAID, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC), los Institutos Nacionales de Salud (NIH) de los Estados Unidos, la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI), el Organismo Alemán para la Cooperación Técnica (GTZ) y la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), entre otras entidades.

La educación y el género

Determinantes influyentes de los que cabe sacar ventaja

La elevación del nivel de instrucción de las mujeres ha sido uno de los factores de mayor relevancia en el progreso observado hacia el logro de los ODM. La educación de las mujeres muestra una estrecha asociación con la reducción de la mortalidad en menores de 1 año y menores de 5 años; de la mortalidad materna; del embarazo en la adolescencia o inesperado, y del hambre; y con un mejoramiento del estado nutricional. La educación también fomenta la independencia y el poder de decisión de las mujeres en las actividades familiares y comunitarias. Pese a estos adelantos, sin embargo, en varios países de la Región sigue habiendo un alto porcentaje de mujeres sin una educación elemental. Los gobiernos que asuman un papel activo en insistir en la educación de la mujer y en darle mayor promoción ayudarán a impulsar la agenda para después del 2015 y a facilitar la obtención de mejores resultados dentro de un proceso de desarrollo equitativo y sostenible (198).

La violencia contra la mujer

La violencia es un problema social con grandes consecuencias para la salud pública y una violación de los derechos humanos. En América Latina, aproximadamente una de cada tres mujeres es víctima de violencia física o sexual a manos de su pareja. Existen pocos registros de los casos de violencia sexual, pero según un informe de la OMS, una de cada 10 mujeres en el Brasil y dos de cada 10 en el Perú declararon haber sido víctimas de abuso sexual antes de los 15 años de edad. Las adolescentes corren el riesgo de ser víctimas de violencia, tanto en la casa como en la escuela, y de sufrir abuso sexual a manos de un adulto conocido. También sufren diversas formas de explotación y los grupos delictivos organizados, incluidos los narcotraficantes, a menudo las reclutan para el trabajo forzado, el combate en conflictos armados o el comercio sexual (190). Como resultado, los gobiernos han dado pasos para crear instituciones y sistemas eficaces, compasivos y confidenciales mediante los cuales las mujeres puedan dar a conocer estos abusos y solicitar ayuda ante situaciones de violencia; realizar intervenciones dirigidas a miembros de distintas generaciones; impulsar reformas civiles y penales; realizar campañas por los medios de comunicación; crear conciencia en torno a los aspectos legislativos; y fomentar el ejercicio de los derechos de la mujer.

La pobreza

La inversión pública, la formación de capacidad, la movilización de recursos y la transparencia de los procesos de colaboración

Las estrategias para reducir la pobreza en el contexto de los ODS deben servir de base para una inversión pública a mayor escala, la formación de capacidad, la movilización de recursos nacionales, la asistencia oficial para el desarrollo y la rendición de cuentas. También deben servir de marco para fortalecer la gobernanza, promover los derechos humanos, estimular la participación de la sociedad civil y fomentar la participación del sector privado, así como formular y aplicar estrategias para la lucha contra la pobreza mediante procesos de amplio alcance y transparentes. Todo ello debe llevarse a cabo en colaboración directa con organizaciones de la sociedad civil, el sector privado nacional y los socios internacionales. Las organizaciones de la sociedad civil deben desempeñar un papel activo en la redacción de las políticas, la prestación de servicios y la supervisión del progreso. Los países de ingresos más altos deben abrir sus mercados a las exportaciones de los países en desarrollo y a la vez ayudar a estos países a mejorar su competitividad en materia de exportaciones mediante inversiones en infraestructura indispensable para el comercio, como la energía eléctrica, las carreteras y los puertos (194).

La importancia de los programas de transferencias monetarias condicionadas

En la lucha contra la pobreza, se necesitan políticas que hagan más que prestar asistencia económica simplemente y que combatan la multiplicidad de factores que dan origen a las desigualdades. Los programas de transferencias monetarias condicionadas se encaminan a mitigar la pobreza y a invertir en el capital humano de sus beneficiarias.

El Brasil, por ejemplo, llevó a cabo un censo de hogares para determinar qué personas que estuvieran excluidas de la red de protección social se beneficiarían de los planes del gobierno. El programa de subsidios familiares conocido por *Bolsa Família*, del Brasil, ha aportado recursos que permiten a más de 1,3 millones de niños y adolescentes continuar sus estudios

y obtener acceso a los servicios de salud. En la Argentina, el programa Asignación Universal por Hijo para Protección Social tiene como finalidad mejorar la calidad de vida y dar acceso a la educación a los niños y adolescentes. Además, el programa de Asignación Universal por Embarazo del país se introdujo con la finalidad de reducir la mortalidad en los niños menores de 1 año y mejorar la experiencia del embarazo. En Bolivia, el programa Bono Juancito Pinto se inspiró en la meta de eliminar el trabajo en la niñez y aumentar el número de niños matriculados en la escuela. En Colombia, el programa Más Familias en Acción, parte de la Red Juntos, ofrece subsidios para la alimentación y la educación a los grupos vulnerables y de bajos ingresos. En Costa Rica, Avancemos es un programa cuya finalidad es reducir la tasa de deserción en las escuelas secundarias y, en el Ecuador, el programa conocido por Bono Desarrollo Humano, introducido en el 2003, está vinculado con programas de microcrédito, formación profesional y preparación para situaciones de desastre. En El Salvador, el programa Comunidades Solidarias es compatible con las medidas orientadas a fortalecer el capital humano, mejorar los servicios básicos, generar ingresos y fomentar el desarrollo productivo, entre otras cosas (170).

Reflexiones finales

La sinergia entre la salud y el crecimiento económico, junto con otros componentes como la educación, culmina en un círculo virtuoso de elementos de importancia fundamental para el desarrollo de las sociedades. El mismo hecho de que en los ODM se hayan incorporado objetivos y metas relacionados con la salud pone de manifiesto la función esencial que la salud desempeña en el desarrollo y viceversa. Sin embargo, para que la relación funcione óptimamente, será preciso transformar los determinantes sociales de la salud, procurando convertirlos de barreras que hay que superar en factores positivos y deseables.

El sector de la salud tiene que ir más allá del control de ciertas enfermedades prioritarias; debe entenderse de un modo integral. La aplicación de los ODM ha dejado muchas enseñanzas, así como varios asuntos pendientes y otros que empiezan a cobrar importancia. Estas enseñanzas favorecen la elaboración y el fortalecimiento de estrategias que fomentan las prácticas adecuadas y, a la vez, han transformado los medios empleados para impulsar la salud y el bienestar.

En resumen, las siguientes consideraciones tendrán una importancia fundamental en la ejecución de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible:

1. atender a los determinantes sociales y no solo a los factores de riesgo proximales;
2. dar preferencia a la distribución socioeconómica y territorial, y no solo a las cifras promedio;
3. fomentar la actividad intersectorial y no solo la verticalidad sectorial y programática;
4. promover la universalidad social y no solo la focalización;
5. impulsar la capacidad institucional para medir, observar y evaluar las repercusiones de las intervenciones y no solo depender de cálculos y modelos estadísticos interinstitucionales;
6. reconocer que la actividad política va de la base a la cima y no solo a la inversa, y
7. aumentar la inversión pública y no solo la dependencia de la asistencia económica para el desarrollo.



Foto: OPS

CAPÍTULO IV. Después del 2015

En el presente documento se han resumido los esfuerzos, resultados y conocimientos acumulados por la Oficina Sanitaria Panamericana y los Estados Miembros de la OPS a lo largo de una trayectoria de 15 años de dedicación al cumplimiento de los ODM. Esta descripción de los adelantos observados en los países de la Región en sus esfuerzos por cumplir los ODM relacionados con la salud representa un primer intento por destilar esa experiencia, y se anticipa que a la larga otras enseñanzas también se harán patentes.

Como se señaló en la introducción, este documento es retrospectivo y prospectivo al mismo tiempo. No solo examina el pasado, sino que tiene en cuenta el futuro en tanto que describe los puntos esenciales que deberán fundamentar la estrategia para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Aunque en la Región de las Américas ya se han producido adelantos notables en relación con muchas de las metas trazadas, sigue habiendo deficiencias. Las enseñanzas extraídas se pueden aprovechar para formular recomendaciones basadas en experiencias de posible utilidad en conexión con los ODS.

Retos pendientes

Las tasas de mortalidad materna, neonatal y de menores de un año siguen siendo muy elevadas en algunos países de la Región, especialmente entre los pobres y los grupos en las situaciones de mayor vulnerabilidad, tales como los habitantes de las zonas rurales, las minorías étnicas y los estratos de ingresos bajos. La prevalencia de la desnutrición crónica también es más alta en estos grupos (36). Falta mucho por hacer, especialmente en lo que respecta a la extensión del acceso a los servicios de planificación familiar y del uso de métodos anticonceptivos. Como resultado, las tasas de fecundidad siguen siendo elevadas en las mujeres jóvenes, sobre todo en las adolescentes. La falta de conocimientos en materia de salud reproductiva también hace que se ensanche más la brecha observada en la prevención de la infección por el VIH/sida, especialmente en el grupo de edad entre los 15 y 24 años (199). En América Latina, a diferencia del Caribe, la incidencia de la infección por el VIH/sida no ha descendido de manera importante, situación que muestra una relación estrecha con la poca educación en materia de salud reproductiva, especialmente en los jóvenes; la cobertura con antirretrovíricos y el acceso a estos medicamentos tampoco han mejorado.

A pesar del progreso en el acceso a agua potable, sigue habiendo carencias importantes que suponen un grave peligro para la salud. Además, el crecimiento de la población urbana ha creado una gran sobrecarga que ha reducido el acceso a agua potable y saneamiento básico en algunas zonas, mientras que grandes grupos de población que viven en las zonas más pobres, sobre todo en el medio rural, siguen sin tener acceso a estos servicios.

Estas deficiencias que aún persisten indican que los programas intersectoriales que pretenden subsanar sus causas tendrán que avanzar mucho en la próxima fase del desarrollo sostenible; será necesario encontrar políticas, programas y proyectos para hacer frente a estos problemas en los niveles local y municipal. En particular, las inequidades en materia de acceso, servicios y resultados que hemos examinado a lo largo del presente informe apuntan a la necesidad perentoria de fijar la atención en aplicar estas medidas localmente para así evitar que las cifras regionales o nacionales oculten las deficiencias existentes.

La evidencia que demuestra que la pobreza y las desigualdades se han reducido revela que algunos sectores de la población todavía son vulnerables debido a su ubicación geográfica, identidad cultural, etnia o sexo. Para subsanar estas brechas se necesitan intervenciones que lleven a una ejecución más equitativa de los distintos programas y proyectos.

Debido al círculo, virtuoso en su mayor parte, que nace de la sinergia entre la salud y el crecimiento, así como el desarrollo social, el crecimiento económico y el empleo pueden considerarse determinantes de la salud (200). Por consiguiente, es esencial permanecer atentos durante todos los ciclos económicos, pues la experiencia ha demostrado que los más pobres son más vulnerables durante las recesiones porque los gastos sociales y las inversiones se recortan cuando se imponen medidas de austeridad. Además, al hacer ajustes para superar la crisis no se tienen en cuenta todas las consecuencias que pueden tener

para los pobres y vulnerables. Los efectos de la recesión que se produjo en el 2008 y el 2009 fueron menos perjudiciales que los de otras recesiones anteriores, como la del “decenio perdido” de los años ochenta. Esta experiencia más reciente subraya la importancia de mantener el gasto social durante los cambios económicos desfavorables, sobre todo las inversiones que fortalecen los sistemas de salud y programas de protección social.

Más allá del 2015, la transición demográfica inminente y el contexto ambiental y social, sumados a la presencia de hábitos alimentarios insalubres y modos de vida sedentarios, plantean problemas serios para los sistemas de salud en la Región. Los programas de salud del período posterior al 2015 en América Latina y el Caribe tendrán que examinar la conveniencia de asignar una mayor prioridad a las enfermedades crónicas, cuyo tratamiento es más complejo y costoso y que tienen consecuencias muy nocivas.

La mirada en el pasado y en el futuro

En vista de las dificultades del momento, se han definido varios asuntos prioritarios en el contexto del plan regional para la ejecución de la Agenda 2030. Las siguientes recomendaciones están basadas en el análisis de las experiencias y datos de la era de los ODM, el cual puede ser útil para seguir impulsando la labor y servir de ejemplo para la aplicación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas.

Un análisis comparativo de los nuevos ODS relacionados con la salud y del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 reveló que los dos programas se complementan en sus metas e instrumentos (201), por lo que la ejecución podría ser menos complicada. El único objetivo para esta nueva etapa posterior al 2015 que se centra en la salud explícitamente es el ODS 3: “garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”. Este objetivo da cuenta de que la salud es una finalidad intrínseca y que para lograrla hay que cumplir nueve metas. Sin embargo, todos los ODS tienen consecuencias importantes para la salud, desde la equidad de género hasta el agua potable y el saneamiento, y por tal motivo las recomendaciones presentadas a continuación tendrán importancia desde el punto de vista de toda la Agenda.

Los sistemas de información de salud en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y otros contextos

Una de las funciones básicas de la OPS durante el período de los ODM fue la de fortalecer los sistemas de información de salud mediante la generación sistemática de información cualitativa y cuantitativa que respaldara las decisiones y los procesos en los sistemas de salud. Esta función central se vio impulsada por la vigilancia de los ODM por la OPS, que a su vez permitió a la Conferencia Sanitaria Panamericana adoptar la *Estrategia para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud de los Países de las Américas (202)*, donde se declara que “la disponibilidad de datos oportunos, válidos y confiables es una condición esencial para la formulación y seguimiento de políticas que apunten al mejoramiento de la salud de las poblaciones de las Américas”, afirmación que cobró más pertinencia aun a la luz del seguimiento de los adelantos hacia el cumplimiento de los ODM. Mediante esta estrategia se presta cooperación técnica a los Estados Miembros para actividades encaminadas a mejorar las estadísticas vitales y de salud, y el *Plan de acción para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y sanitarias* se puso en marcha para potenciar su ejecución (203).

Como parte de este plan de acción regional, la Unidad de Información y Análisis de Salud de la OPS llevó a cabo una evaluación de la Región de las Américas. Sus resultados revelaron diferencias entre países y dentro de cada país. Las pruebas empíricas obtenidas permitieron definir las áreas en que más urgía reunir datos e información de salud. Asimismo, hicieron que el subregistro se redujera del 16,1% al 5,6% y, en consecuencia, la proporción promedio de causas de muerte mal definidas y desconocidas descendió del 8,4% al 3,5%. Estos resultados representan un primer paso alentador en un sendero que se extiende mucho más allá.

Para promover la cooperación horizontal, en el 2010 la OPS, con el apoyo de la USAID, puso en marcha un programa para establecer la Red Latinoamericana y del Caribe para el Fortalecimiento de los Sistemas de Información de Salud. La finalidad

de esta red es crear un mecanismo de coordinación regional para mejorar los sistemas de información de salud de los Estados Miembros en el marco de la cooperación Sur-Sur (204).

En el 2014, un total de 19 países en América Latina y el Caribe mejoraron la calidad de sus estadísticas vitales y de salud gracias al apoyo de cinco grupos de trabajo dirigidos por diversos países que dieron a conocer sus mejores prácticas dentro de la Red. Figuraban entre estas mejores prácticas la capacitación en la generación de datos para la sensibilización de los administradores; cursos virtuales para mejorar la codificación de la CIE-10; el establecimiento de un sistema electrónico basado en un programa para la codificación de los datos de mortalidad, y un curso de capacitación en línea para médicos acerca de la notificación de las causas de defunción con exactitud. Es preciso seguir apoyando este tipo de iniciativas.

La OPS también ha diseñado y formulado una solicitud virtual que los Estados Miembros pueden usar para fortalecer las actividades nacionales en la esfera de la vigilancia sanitaria. Esta solicitud, llamada ViEpi, se ha puesto a disposición de cualquier país interesado en usarla. Su incorporación se ha completado en tres países y está en marcha en otros cuatro (205).

El fortalecimiento de los sistemas de información de salud es un proceso dinámico, continuo y esencial para gestionar un sistema de información que satisfaga las necesidades de salud de un país. Tales sistemas también pueden suministrar información de calidad, eficiente y eficaz para la vigilancia de los ODS. En consecuencia, los organismos de las Naciones Unidas y los sectores interesados deben seguir colaborando en diferentes áreas, según lo indicado en el llamamiento a la acción de la iniciativa de Cuantificación y Rendición de Cuentas después del 2015, que consta de cinco puntos, a saber: aumentar el monto y la eficiencia de las inversiones; fortalecer la capacidad institucional en los países; asegurarse de que estos tengan fuentes para la generación de datos de salud poblacionales que funcionen bien; hacer el uso más provechoso posible de la revolución informática; y promover la gobernanza de los países y del mundo con la participación de los ciudadanos y de las comunidades. El marco del seguimiento y la evaluación usa indicadores específicos para medir el progreso y ofrece oportunidades al comité de reglamentación para adoptar el plan que se estime necesario.

Los centros colaboradores

Desde el punto de vista de la cooperación internacional y en vista de la importancia de trabajar con instituciones que tengan un renombre internacional, es necesario potenciar mecanismos para establecer una red internacional de instituciones que puedan colaborar con la OPS/OMS en actividades conjuntas encaminadas a cumplir los ODS. Los centros colaboradores de la OPS/OMS, que son 184 en la Región, y los institutos de referencia nacionales son dos mecanismos de este tipo. Los centros representan un recurso inestimable y desempeñan una función integral en la extensión de la capacidad de la OPS de ejercer su mandato y tratar de alcanzar los objetivos estratégicos previstos. Estos centros también podrían impulsar la capacidad institucional de la OPS en los países de la Región y en la agenda para después del 2015.

Las muchas actividades que los centros colaboradores llevan a cabo a la par de la Organización deben aprovecharse con el fin de incrementar al máximo las oportunidades de alcanzar los ODS a escala regional. Algunas de ellas son recopilar, compaginar y difundir información; uniformar la terminología y nomenclatura en materia de tecnología sanitaria y sustancias de uso preventivo, diagnóstico y terapéutico; crear herramientas para el asesoramiento técnico respaldado por la evidencia; colaborar con la OPS/OMS en actividades de investigación y dar a conocer los resultados obtenidos; formar al personal de salud en materia de investigación; y reforzar la capacidad en las áreas de vigilancia, preparación y respuesta frente a brotes y emergencias de salud pública en los países (206).

El acceso y la cobertura universal de salud

Mejorar la salud de la población de la Región de las Américas entrañará conseguir que todas las personas y comunidades tengan acceso, sin discriminación, a beneficios tales como la promoción de la salud, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, todo lo cual conlleva la necesidad de tener acceso a —y cobertura universal con— servicios generales de buena calidad que sean apropiados, oportunos y acordes con las necesidades de la población, así como acceso a medicamentos inocuos y eficaces, sin poner trabas a los usuarios. Con estos fines, será necesario tener en

cuenta las necesidades insatisfechas de ciertos grupos y comunidades en particular, procurando prestar especial atención a las necesidades específicas de los grupos más marginados. Esto, a su vez, exigirá la modificación de los marcos jurídicos y normativos para que estén en consonancia con los instrumentos internacionales de los derechos humanos relacionados con la salud (207).

La equidad en el ámbito de la salud

Partiendo de la convicción de que todas las personas y comunidades tienen derecho a las mismas oportunidades para lograr el mejor estado de salud que su potencial permita y teniendo en cuenta las profundas transformaciones atribuibles a los cambios observados en términos económicos, demográficos y sociales y en la carga de morbilidad, el marco de la equidad sanitaria resalta la importancia de reducir las desigualdades de salud arbitrarias, innecesarias, evitables e injustas. Para lograrlo, será preciso reconocer las desigualdades sanitarias de origen social aplicando el enfoque de los determinantes sociales y el punto de vista de la integración de la salud en todas las políticas. Los efectos y buenos resultados que se consigan dependerán de que se reduzca y, en última instancia, se erradique la inequidad. En consecuencia, la equidad en materia de salud, lograda mediante el monitoreo y la reducción explícita de las desigualdades sanitarias de origen social, es un requisito esencial de cualquier iniciativa de desarrollo sostenible, y el logro de los ODS exigirá que se tracen metas explícitas para reducir las inequidades en materia de salud (209).

La salud en todas las políticas

En septiembre del 2014, la OPS adoptó el *Plan de acción sobre la salud en todas las políticas* en respuesta al llamado de la OMS de redoblar los esfuerzos por mejorar la salud de las poblaciones, especialmente la de los grupos en las situaciones más vulnerables. Este plan reconoce la importancia de integrar la salud en todas las políticas públicas, sobre todo las de aquellos sectores que a menudo toman decisiones con repercusiones para la salud, y de tener en cuenta el enfoque de los determinantes sociales en relación con la salud poblacional. La Región de las Américas ha asumido un papel destacado en el mundo con el lanzamiento de esta iniciativa, para la cual ha celebrado muchos talleres de formación de capacidad en toda la Región y una reunión consultiva para orientar la ejecución. Los grupos de trabajo y grupos especiales que se ocupan de la integración de la salud en todas las políticas y de los ODS, convocados específicamente para impulsar la generación y difusión de asistencia técnica y la creación de capacidad para la colaboración intersectorial en el campo de la salud, también han producido una serie de documentos destinados a favorecer estos objetivos. Se ha determinado que son prioridades las actividades de concientizar, abogar por el cambio, definir nuevas responsabilidades para los profesionales de la salud, mejorar las estructuras de coordinación y los sistemas de rendición de cuentas y formar capacidad en la resolución de conflictos (49, 208).

El medioambiente

Teniendo en cuenta la importancia del medioambiente como determinante esencial de la salud poblacional y en conformidad con las directrices de la OMS acerca de la calidad del aire y la contaminación del mismo en locales cerrados, hay que hacer hincapié en las siguientes medidas: examinar, determinar y atenuar los efectos de la contaminación del aire sobre la salud mediante el fomento de la cooperación multisectorial; impulsar la investigación en torno a los efectos de la contaminación del aire sobre la salud y la eficacia en la práctica de las medidas adoptadas para contrarrestarla; analizar los costos y beneficios de estas últimas; y promover y fomentar la adopción de medidas para reducir los niveles de contaminación del aire, tales como el uso de combustibles poco contaminantes para cocinar y de fuentes de energía eficientes (109).

Conclusiones

Los ODM proporcionaron una oportunidad muy singular para obtener mejoras inusitadas en todas las facetas del desarrollo a escala mundial en un período definido. Se lograron adelantos muy notables con respecto a muchas de las metas que se asocian más de cerca con la salud, pero como se ha determinado en este informe, falta mucho que aprender aún a partir de las

necesidades insatisfechas y de las prioridades desatendidas. La capacidad de la Organización y de sus Estados Miembros para asimilar tanto la importancia general de mitigar los factores que determinan la presencia de resultados desiguales en materia de salud, como la de emplear para ello medios eficaces y compatibles con las prioridades nacionales y locales, será sumamente importante para el progreso regional hacia el cumplimiento de los ODS.

En esta época de cambios trascendentes, la primera de las muchas enseñanzas extraídas a lo largo del camino hacia el cumplimiento de los ODM es que el principio de la equidad es un imperativo ético para orientar, fundamentar y definir las prioridades políticas en relación con las medidas destinadas a favorecer la salud y el bienestar. Todas las recomendaciones que figuran más arriba, además de encaminarse a mejorar la salud de la población de la Región de las Américas, hacen gran hincapié en la oportunidad de llegar a grupos que podrían quedar excluidos de otras metas más convencionales y modestas. Al definir los determinantes de la salud que con mayor probabilidad afectan a esos grupos, formular indicadores más sutiles pero muy pertinentes, y dotar a las autoridades de los medios para vigilarlos, la OPS seguirá desempeñando un papel decisivo en la promoción tanto de la salud como de la equidad en materia de salud en toda la Región.



Foto: OPS

Referencias

1. Cueto M. El valor de la salud: historia de la Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2004 [consultado el 25 de noviembre del 2015]. 211 p. Se encuentra en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iahxis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=426465&indexSearch=ID>
2. Organización de los Estados Americanos. Cumbres de las Américas [Internet]. 2015 [consultado el 25 de noviembre del 2015]. Se encuentra en: <http://www.summit-americas.org/defaults.htm>
3. United Nations. Millennium Development Goals Reports [Internet]. Naciones Unidas. [consultado el 28 de mayo del 2015]. Se encuentra en: <http://www.un.org/millenniumgoals/reports.shtml>
4. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Objetivos de desarrollo del milenio: la progresión hacia el derecho a la salud en América Latina y el Caribe [Internet]. CEPAL. Santiago de Chile: Naciones Unidas; 2008 [consultado el 28 de mayo del 2015]. 138 p. Se encuentra en: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/28871/52008004_es.pdf
5. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. El progreso de América Latina y el Caribe hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio: desafío para lograrlos con igualdad [Internet]. CEPAL. Santiago de Chile: Naciones Unidas; 2010 [consultado el 28 de mayo del 2015]. 417 p. Se encuentra en: <http://www.cepal.org/es/publicaciones/2977-el-progreso-de-america-latina-y-el-caribe-hacia-los-objetivos-de-desarrollo-del>
6. World Bank. Global Monitoring Report 2010. The MDGs after the Crisis [Internet]. Washington, DC: Banco Mundial; 2010 [consultado el 28 de mayo del 2015] p. 151. Se encuentra en: <https://www.imf.org/external/pubs/ft/gmr/2010/eng/gmr.pdf>
7. World Bank. Global Monitoring Report 2011. Improving the Odds of Achieving the MDGs [Internet]. Washington, DC: Banco Mundial; 2011 [consultado el 28 de mayo del 2015] p. 177. Se encuentra en: <http://siteresources.worldbank.org/INTGLOMONREP2011/Resources/7856131-1302708588094/GMR2011-CompleteReport.pdf>
8. World Bank. Global Monitoring Report 2014/2015. Ending Poverty and Sharing Prosperity [Internet]. Washington, DC: Banco Mundial; 2015 [consultado el 28 de mayo del 2015] p. 221. Se encuentra en: http://www.worldbank.org/content/dam/Worldbank/gmr/gmr2014/GMR_2014_Full_Report.pdf
9. Food and Agriculture Organization of the United Nations, Regional Office for Latin America and the Caribbean. Panorama of Food and Nutritional Security in Latin America and the Caribbean 2014 [Internet]. FAO. 2014 [consultado el 29 de mayo del 2015]. Se encuentra en: <http://www.fao.org/3/a-i4018s.pdf>
10. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia [Internet]. OPS; 2014 [consultado el 27 de mayo del 2015]. Se encuentra en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/4627/CE154-16-s.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
11. World Health Organization, United Nations Children's Fund, World Bank. Global Health Observatory Data Repository. Joint child malnutrition estimates [Internet]. OMS. 2015 [consultado el 10 de junio del 2015]. Se encuentra en: <http://apps.who.int/gho/data/view.wrapper.nutrition-1-1?lang=en>
12. World Health Organization. WHO Child Growth Standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: methods and development [Internet]. Ginebra: OMS; 2006 [consultado el 28 de mayo del 2015] p. 312. Se encuentra en: http://www.who.int/childgrowthstandards/technical_report/en/
13. Pan American Health Organization. Objectives, functions, and financing of the INCAP [Internet]. OPS; 1968 [consultado el 10 de junio del 2015]. Se encuentra en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/5827>
14. Behrman JR, Calderon MC, Preston SH, Hoddinott J, Martorell R, Stein AD. Nutritional supplementation in girls influences the growth of their children: prospective study in Guatemala. *Am J Clin Nutr.* 2009 Nov; 90(5):1372–9.
15. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción regionales sobre la nutrición en la salud y el desarrollo (resolución CD47.R8) [Internet]. 47.º Consejo Directivo de la OPS, del 25 al 29 de septiembre del 2006; Washington (DC), OPS; 2006 [consultado el 28 de mayo del 2015]. Se encuentra en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/357/CD47.r8-s.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
16. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción para la reducción de la desnutrición crónica (resolución CE146.R12) [Internet]. 146.ª sesión del Comité Ejecutivo de la OPS, del 21 al 25 de junio del 2010; Washington (DC), OPS; 2010 [consultado el 28 de mayo del 2015]. Se encuentra en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/5262>
17. Alianza Panamericana por la Nutrición y el Desarrollo. Documento básico: premisas conceptuales y principios estratégicos [Internet]. 2009 [consultado el 28 de mayo del 2015]. Se encuentra en: <http://www.bvsde.paho.org/texcom/nutricion/alidoces.pdf>

34. Organización Panamericana de la Salud, Cruz Roja, Naciones Unidas. Guía para los coordinadores locales, la Cruz Roja y el personal de salud: componente comunitario de la estrategia IMCI [Internet]. OPS. 2004 [consultado el 27 de mayo del 2015]. Se encuentra en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/pah-a249971>
35. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre, del recién nacido y del niño (documento CE142/12) [Internet]. 142.a sesión del Comité Ejecutivo de la OPS, del 23 al 27 de junio del 2008; Washington (DC), OPS; 2008 [consultado el 27 de mayo del 2015]. Se encuentra en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/6113>
36. United Nations Children's Fund. A promise renewed: Americas, reducing inequities for maternal and child health [Internet]. Nueva York: UNICEF; 2014. [consultado el 30 de mayo del 2015]. Se encuentra en: <http://www.apromiserenewedamericas.org/apr/>
37. Organización Panamericana de la Salud. La contribución de la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) a la supervivencia infantil para el logro de los objetivos de desarrollo del milenio. (documento CD44/12) [Internet]. 44.o Consejo Directivo de la OPS, del 22 al 26 de septiembre del 2003; Washington (DC), OPS; 2003 [consultado el 27 de mayo del 2015]. Se encuentra en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/7486>
38. Organización Panamericana de la Salud. Mantenimiento de los programas de vacunación – Eliminación de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita (SRC) (resolución CD44.R1) [Internet]. 44.o Consejo Directivo de la OPS, del 23 al 26 de septiembre del 2003; Washington (DC), OPS; 2003 [consultado el 16 de junio del 2015]. Se encuentra en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/243/cd44-r1-s.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
39. Organización Panamericana de la Salud. Los objetivos de desarrollo del milenio y las metas de salud (resolución CD45.R3) [Internet]. 45.o Consejo Directivo de la OPS, del 27 de septiembre al 1 de octubre del 2004; Washington (DC), OPS; 2004 [consultado el 16 de junio del 2015]. Se encuentra en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/260/cd45.r3-s.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
40. Organización Panamericana de la Salud. Informe de progreso sobre la familia y la salud (documento CD46/21) [Internet]. 46.o Consejo Directivo de la OPS, del 26 al 30 de septiembre del 2005; Washington (DC), OPS; 2005 [consultado el 16 de junio del 2015]. Se encuentra en: <http://www1.paho.org/spanish/gov/cd/CD46-21-s.pdf>
41. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia regional para mantener los programas nacionales de vacunación en las Américas (resolución CD47.R10) [Internet]. 47.o Consejo Directivo de la OPS, del 25 al 29 de septiembre del 2006; Washington (DC), OPS; 2006 [consultado el 16 de junio del 2015]. Se encuentra en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/355>
42. Organización Panamericana de la Salud. La salud neonatal en el contexto de la atención de la salud de la madre, el recién nacido y el niño para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas (resolución CD47.R19) [Internet]. 47.o Consejo Directivo de la OPS, del 25 al 29 de septiembre del 2006; Washington (DC), OPS; 2006 [consultado el 16 de junio del 2015]. Se encuentra en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/364/CD47.r19-s.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
43. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita (resolución CD50.R12) [Internet]. 50.o Consejo Directivo de la OPS, del 27 de septiembre al 1 de octubre del 2010; Washington (DC), OPS; 2010 [consultado el 16 de junio del 2015]. Se encuentra en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/414/CD50.R12-s.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
44. Organización Panamericana de la Salud. Iniciativa regional y plan de acción para la seguridad transfusional 2006-2010: evaluación final (documento CD51/INF/5) [Internet], 51.º Consejo Directivo de la OPS, del 26 al 30 de septiembre del 2011; Washington (DC), OPS; 2012 [consultado el 16 de junio del 2015]. Se encuentra en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5723:51st-directing-council&Itemid=4139&lang=sp
45. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para mantener la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en la Región de las Américas (resolución CSP28.R14) [Internet]. 28.a Conferencia Sanitaria Panamericana de la OPS, del 17 al 21 de septiembre del 2012; Washington (DC), OPS; 2012 [consultado el 16 de junio del 2015]. Se encuentra en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3689/CSP28.R14-s.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
46. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción para la salud integral de la niñez (resolución CSP28.R20) [Internet]. 28.a Conferencia Sanitaria Panamericana de la OPS, del 17 al 21 de septiembre del 2012; Washington (DC), OPS; 2012 [consultado el 4 de junio del 2015]. Se encuentra en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3695/CSP28.R20-s.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
47. Organización Panamericana de la Salud. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las Metas de Salud en la Región de las Américas (documento CD52/INF/4C) [Internet]. 52.o Consejo Directivo de la OPS, del 30 de septiembre al 4 de octubre del 2013; Washington (DC), OPS; 2013 [consultado el 16 de junio del 2015]. Se encuentra en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/4418/CD52-INF4-C-esp.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

48. Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 modificado (resolución CD53.R3) [Internet]. 54.o Consejo Directivo de la OPS, del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014; Washington (DC), OPS; 2014 [consultado el 16 de junio del 2015]. Se encuentra en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7638/CD53-R3-s.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
49. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción sobre la salud en todas las políticas (resolución CD53.R2) [Internet]. 53.o Consejo Directivo de la OPS, 29 sep a 3 oct 2014; Washington (DC), OPS; 2014 [consultado el 30 de mayo del 2015]. Se encuentra en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/7637>
50. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia (resolución CD53.R13) [Internet]. 53.o Consejo Directivo de la OPS, del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014; Washington (DC), OPS; 2014 [consultado el 16 de junio del 2015]. Se encuentra en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7651/CD53-R13-s.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
51. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave (resolución CD51.R12) [Internet]. 51.o Consejo Directivo de la OPS, del 26 al 30 de septiembre del 2011; Washington (DC), OPS; 2011 [consultado el 27 de mayo del 2015]. Se encuentra en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/1714/CD51.R12-s.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
52. World Health Organization, United Nations Children's Fund, United Nations Population Fund, World Bank Group, United Nations. Trends in maternal mortality: 1990 to 2015 [Internet]. Ginebra: OMS; 2015 [consultado el 2 de diciembre del 2015]. Se encuentra en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/194254/1/9789241565141_eng.pdf
53. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores básicos 2014 [Internet]. OPS. 2014 [consultado el 27 de mayo del 2015]. Se encuentra en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2470&Itemid=2003
54. Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva y Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave [Internet]. CLAP/SMR/OPS. 2012 [consultado el 27 de mayo del 2015]. Se encuentra en: http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=167:plan-de-accion-para-acelerar-la-reduccion-de-lamortalidad-materna-y-la-morbilidad-materna-grave&Itemid=234&lang=es
55. World Bank. World Development Indicators: reproductive health [Internet]. Banco Mundial. 2015 [consultado el 27 de mayo del 2015]. Se encuentra en: <http://wdi.worldbank.org/table/2.17>
56. United States Agency for International Development, The DHS Program. Demography and Health Surveys. Stat Compiler V.1.5.2. [Internet]. USAID. 2015 [consultado el 27 de mayo del 2015]. Se encuentra en: <http://www.statcompiler.com/>
57. United States, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). World Contraceptive Use 2014 (POP/DB/CP/Rev2014) [Internet]. Naciones Unidas. 2015 [consultado el 27 de mayo del 2015]. Se encuentra en: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/dataset/contraception/wcu2014.shtml>
58. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Model-based Estimate and Projections of Family Planning Indicators 2015 [Internet]. Naciones Unidas. 2015 [consultado el 27 de mayo del 2015]. Se encuentra en: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/dataset/contraception/wcu2014.shtml>
59. World Bank. World Development Indicators. Adolescent fertility rate (births per 1,000 women ages 15-19) [Internet]. UNdata. 2013 [consultado el 8 de julio del 2015]. Se encuentra en: http://data.un.org/Data.aspx?d=WDI&f=Indicator_Code%3AASP.ADO.TFR7
60. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes [Internet]. Panamá: UNICEF; 2014 [consultado el 27 de mayo del 2015] p. 82. Se encuentra en: http://www.unicef.org/lac/UNICEF_PLAN_embarazo_adolescente_2015.pdf
61. World Health Organization. Global Health Observatory data repository, Maternal and reproductive health [Internet]. OMS. 2015 [consultado el 27 de mayo del 2015]. Se encuentra en: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.530?lang=en>
62. Organización Panamericana de la Salud. Atención primaria de salud [Internet]. OPS. 2013 [consultado el 27 de mayo del 2015]. Se encuentra en: http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/
63. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción regional sobre los adolescentes y los jóvenes [Internet]. Washington, DC: OPS; 2010 [consultado el 27 de mayo del 2015]. 53 p. Se encuentra en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Estrategia-y-Plan-de-Accion-Regional-sobre-los-Adolescentes-y-Jovenes.pdf>
64. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Una década de luces y sombras: América Latina y el Caribe en los años noventa [Internet]. CEPAL. 2015 [consultado el 29 de mayo del 2015]. Se encuentra en: <http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/prensa/noticias/comunicados/3/5993/P5993.xml&xsl=/prensa/tpl/p6f.xsl>
65. Organización Panamericana de la Salud. Países de las Américas promueven la educación en sexualidad para prevenir el VIH [Internet]. OPS. 2009 [consultado el 27 de mayo del 2015]. Se encuentra en: http://www.paho.org/HQ/index.php?option=com_content&view=article&id=1654%3Acountriesamericas-promote-sex-education-prevent-hiv&Itemid=1926&lang=es

66. Organización Panamericana de la Salud. Maternidad segura: la OPS anuncia el Concurso Nacional y Regional de Buenas Prácticas [Internet]. OPS. 2014 [consultado el 27 de mayo del 2015]. Se encuentra en: http://www.paho.org/dor/index.php?option=com_content&view=article&id=803:maternidad-segura-ops-anuncia-concurso-nacional-regional-buenas-practicas&Itemid=212
67. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y morbilidad maternas (resolución CSP26.R13) [Internet]. 26.a Conferencia Sanitaria Panamericana de la OPS, del 23 al 27 de septiembre del 2002; Washington (DC), OPS; 2002 [consultado el 16 de junio del 2015]. Se encuentra en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3708/csp26.r13-s.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
68. Organización Panamericana de la Salud. Creación del Fondo de Contribución Voluntaria para la Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas (resolución CSP26.R14) [Internet]. 26.a Conferencia Sanitaria Panamericana de la OPS, del 23 al 27 de septiembre del 2002; Washington (DC), OPS; 2002 [consultado el 16 de junio del 2015]. Se encuentra en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3709/csp26.r14-s.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
69. Organización Panamericana de la Salud. Eliminación de la rubéola y del síndrome de rubéola congénita en las Américas (resolución CSP27.R2) [Internet]. 27.ª Conferencia Sanitaria Panamericana de la OPS, del 1 al 5 de octubre del 2007; Washington (DC), OPS; 2007 [consultado el 16 de junio del 2015]. Se encuentra en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3722/csp27.r2-s.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
70. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud (documento CD50/INF/6C) [Internet]. 50.o Consejo Directivo de la OPS, del 27 de septiembre al 1 de octubre del 2010; Washington (DC), OPS; 2014 [consultado el 16 de junio del 2015]. Se encuentra en: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50-INF-6-C-s.pdf>
71. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (resolución CD53.R14) [Internet]. 53.o Consejo Directivo de la OPS, del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014; Washington (DC), OPS; 2014 [consultado el 16 de junio del 2015]. Se encuentra en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7652/CD53-R14-s.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
72. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para el acceso universal a sangre segura (resolución CD53.R6) [Internet]. 53.o Consejo Directivo de la OPS, del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014; Washington (DC), OPS; 2014 [consultado el 16 de junio del 2015]. Se encuentra en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7641/CD53-R6-s.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
73. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave (documento CD53/INF/6C) [Internet]. 53.o Consejo Directivo de la OPS, del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014; Washington (DC), OPS; 2015 [consultado el 16 de junio del 2015]. Se encuentra en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28213/CD53-INF6-C-s.pdf?sequence=10&isAllowed=y>
74. United Nations Joint Programme on HIV/Aids. AIDSinfo Online Database [Internet]. UNAIDS. 2014 [consultado el 27 de mayo del 2015]. Se encuentra en: <http://www.aidsinfoonline.org/devinfo/libraries/asp/home.aspx>
75. Organización Panamericana de la Salud. El acceso a la atención para las personas que viven con el VIH o aquejadas de sida (documento CD46/20) [Internet]. 46.a reunión del Consejo Directivo de la OPS, del 26 al 30 de septiembre del 2005; Washington (DC): OPS; 2005 [consultado el 2 de agosto del 2015]. Se encuentra en: <http://www1.paho.org/spanish/gov/cd/CD46-20-s.pdf>
76. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013 [Internet]. UNAIDS; 2013 [consultado el 2 de agosto del 2015]. Se encuentra en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Global_Report_2013_en_1.pdf
77. Organización Panamericana de la Salud. “90-90-90”, las nuevas metas 2020 para controlar la epidemia de VIH/sida en América Latina y el Caribe [Internet]. OPS. 2014 [consultado el 2 de agosto del 2015]. Se encuentra en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9655&Itemid=40019&lang=es
78. Organización Panamericana de la Salud. Tratamiento antirretroviral bajo la lupa: un análisis de salud pública en Latinoamérica y el Caribe; 2014 [Internet]. OPS. 2015 [consultado el 2 de agosto del 2015]. Se encuentra en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=23711&Itemid=270
79. Organización Panamericana de la Salud. Eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita [Internet]. OPS. 2015 [consultado el 27 de mayo del 2015]. Se encuentra en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=903&Itemid=512&lang=es
80. Organización Panamericana de la Salud. Ampliación del tratamiento como parte de la respuesta integral a la infección por el VIH/sida (resolución CD45.R10) [Internet]. 45.o Consejo Directivo de la OPS, del 27 de septiembre al 1 de octubre del 2004; Washington (DC): OPS; 2004 [consultado el 2 de agosto del 2015]. Se encuentra en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/252/CD45.r10-s.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
81. Organización Panamericana de la Salud. Plan estratégico regional de la Organización Panamericana de la Salud para el control de la infección por el VIH/sida y las infecciones de transmisión sexual (2006-2015) (resolución CD46.R15) [Internet]. 46.o Consejo Directivo de la OPS, del 26

al 30 de septiembre del 2005; Washington (DC): OPS; 2005 [consultado el 2 de agosto del 2015]. Se encuentra en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/268/cd46.r15-s.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

82. Organización Panamericana de la Salud. Tratamiento 2.0: expansión y sostenibilidad de la atención VIH en Sudamérica. Reunión de consenso; 2012 [Internet]. OPS. 2012 [consultado el 2 de agosto del 2015]. Se encuentra en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=24152&Itemid=270
83. Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva y Organización Panamericana de la Salud. Iniciativa regional para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe [Internet]. CLAP/SMR/OPS. 2012 [consultado el 28 de mayo del 2015]. Se encuentra en: http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&alias=180-clap-1569&category_slug=ediciones-del-clap&Itemid=219&lang=en
84. Organización Panamericana de la Salud. Llamado a la acción del Primer Foro Latinoamericano y del Caribe sobre el Continuo de Atención del VIH [Internet]. OPS. 2014 [consultado el 2 de agosto del 2015]. Se encuentra en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=274&Itemid=371&lang=pt
85. Organización Panamericana de la Salud. Informe de la situación del paludismo en las Américas, 2012 [Internet]. OPS. 2014 [consultado el 2 de agosto del 2015]. Se encuentra en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9663%3A2014-report-on-the-situation-of-malaria-in-the-americas-2012&catid=1617%3Amalaria-statistics-maps&Itemid=2049&lang=en
86. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el paludismo 2014 [Internet]. OMS. 2014 [consultado el 2 de agosto del 2015]. Se encuentra en: http://www.who.int/malaria/publications/world_malaria_report_2014/report/es/
87. Organización Panamericana de la Salud. Alianza OPS-USAID de lucha contra la malaria en la Amazonía [Internet]. OPS. 2015 [consultado el 2 de agosto del 2015]. Se encuentra en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2231%3Aravreda-ami-homepagepaho-usaid-partnership-fight-malaria-amazon&catid=1988%3Amalaria-ravreda&Itemid=1922&lang=es
88. Pan American Health Organization. Roll Back Malaria Initiative [Internet]. OPS. 2011 [consultado el 2 de agosto del 2015]. Se encuentra en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2700&Itemid=2051&lang=en
89. Organización Panamericana de la Salud. La malaria y los Objetivos de Desarrollo internacionalmente acordados, incluyendo los contenidos en la Declaración del Milenio (resolución CD46.R13) [Internet]. 46.o Consejo Directivo de la OPS, del 26 al 30 de septiembre del 2005; Washington (DC): OPS; 2005 [consultado el 2 de agosto del 2015]. Se encuentra en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/266/cd46.r13-s.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
90. Pan American Health Organization. Contribuciones señaladas de los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados de la Organización Panamericana de la Salud para el ejercicio financiero 2012-2013 (resolución CD51.R11) [Internet]. 51.o Consejo Directivo de la OPS, del 26 al 30 de septiembre del 2011; Washington (DC): OPS; 2011 [consultado el 2 de agosto del 2015]. Se encuentra en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/1713/CD51%20R11-s.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
91. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción sobre la malaria (resolución CE148.R5) [Internet]. 148.a sesión del Comité Ejecutivo de la OPS, del 20 al 24 de junio del 2011; Washington (DC): OPS; 2011 [consultado el 2 de agosto del 2015]. Se encuentra en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/168732/2/CE148.R5-s.pdf>
92. Organización Panamericana de la Salud. "Campeones contra el Paludismo en las Américas" busca las mejores prácticas que contribuyeron con Objetivos de Desarrollo del Milenio [Internet]. OPS. 2015 [consultado el 2 de agosto del 2015]. Se encuentra en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10779%3Amalaria-champions-of-the-americas&Itemid=2&lang=es
93. World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2014 [Internet]. OMS. 2014 [consultado el 28 de mayo del 2015]. Se encuentra en: http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/
94. Organización Panamericana de la Salud. Instalación del Comité Alto a la Tuberculosis [Internet]. OPS. 2005 [consultado el 28 de mayo del 2015]. Se encuentra en: http://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=621:instalacion-comite-alto-tuberculosis&catid=788:discursosdel-representante-2005
95. Organización Panamericana de la Salud. Informe VI Reunión Regional de Países de Baja Prevalencia de TB en las Américas 2004 [Internet]. OPS; abril del 2014 [consultado el 28 de mayo del 2015]. Se encuentra en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=24865&lang=en
96. Organización Panamericana de la Salud. Guía para el control de la tuberculosis en poblaciones privadas de libertad de América Latina y el Caribe [Internet]. OPS. 2008 [consultado el 28 de mayo del 2015]. Se encuentra en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=23033&Itemid=270&lang=en

97. Organización Panamericana de la Salud. Tuberculosis. II Reunión Regional sobre Actividades de Colaboración Interprogramáticas TB/VIH 2004 (documento OPS/DPC/CD/353-05) [Internet]. México: OPS; abril del 2014 [consultado el 2 de agosto del 2015]. Se encuentra en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=21893&lang=en
98. Organización Panamericana de la Salud. Tuberculosis. Encuentro Regional para el Análisis del Acceso a Tratamiento Anti-tuberculoso en Poblaciones Indígenas: Documento memoria. Del 13 al 15 de octubre del 2004; Ciudad de Panamá [Internet] (documento OPS/HDM/CD/TB/511). OPS; 2004 [consultado el 2 de agosto del 2015]. Se encuentra en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=5428&Itemid=3482&lang=en
99. Organización Panamericana de la Salud, Agencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo Internacional. Marco de trabajo para el control de la tuberculosis en grandes ciudades de Latinoamérica y el Caribe [Internet]. OPS, USAID; 2014 [consultado el 2 de agosto del 2015]. Se encuentra en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=29732+&Itemid=999999&lang=es
100. Organización Panamericana de la Salud. Tuberculosis [Internet]. OPS. 2014 [consultado el 2 de agosto del 2015]. Se encuentra en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=59&Itemid=40776&lang=es
101. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia regional para el control de la tuberculosis para 2005-2015 (documento CD46.R12) [Internet]. 46.o Consejo Directivo de la OPS, del 26 al 30 de septiembre del 2005; Washington (DC): OPS; 2005 [consultado el 2 de agosto del 2015]. Se encuentra en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/265/cd46.r12-s.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
102. Organización Panamericana de la Salud. Plan Regional de Tuberculosis 2006-2015 [Internet]. OPS. 2006 [consultado el 2 de agosto del 2015]. Se encuentra en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=24131&Itemid=270&lang=es
103. Organización Panamericana de la Salud. Tuberculosis en las Américas: reporte regional 2008 [Internet]. OPS. 2009 [consultado el 28 de mayo del 2015]. Se encuentra en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1344:tuberculosis-america-reporte-regional-2008&Itemid=40371&lang=es
104. Organización Panamericana de la Salud. Tuberculosis. Hoja de ruta para incorporar el Xpert MTB/RIF como método de diagnóstico rápido de la tuberculosis y la tuberculosis multirresistente [Internet]. OPS; abril del 2014 [consultado el 28 de mayo del 2015]. Se encuentra en: <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Hoja-Ruta-Introduccion-Xpert-MTB-RIF.pdf>
105. Organización Panamericana de la Salud. Malaria en las Américas (resolución CSP27.R11) [Internet]. 27.a Conferencia Sanitaria Panamericana de la OPS, del 1 al 5 de octubre del 2007; Washington (DC): OPS; 2007 [consultado el 2 de agosto del 2015]. Se encuentra en: <http://www1.paho.org/spanish/gov/csp/csp27.r11-s.pdf>
106. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción sobre la malaria (resolución CD51.R9) [Internet]. 51.o Consejo Directivo de la OPS, del 26 al 30 de septiembre del 2011; Washington (DC): OPS; 2011 [consultado el 2 de agosto del 2015]. Se encuentra en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/1725/CD51.R9-s.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
107. Organización Panamericana de la Salud. Mesa redonda sobre la resistencia a los antimicrobianos (documento CD51/15) [Internet]. 51.º Consejo Directivo de la OPS, del 26 al 30 de septiembre del 2011; Washington (DC): OPS; 2011 [consultado el 2 de agosto del 2015]. Se encuentra en: <file:///Users/mariacarlark/Documents/CD51-15-s.pdf>
108. World Health Organization. Indoor air quality guidelines: household fuel combustion [Internet]. OMS. 2014 [consultado el 6 de agosto del 2015]. Se encuentra en: <http://www.who.int/indoorair/guidelines/hhfc/en/>
109. Organización Mundial de la Salud. Contaminación del aire de interiores y salud [Internet]. OMS. 2015 [consultado el 6 de agosto del 2015]. Se encuentra en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs292/es/>
110. Organización Panamericana de la Salud. Agua y saneamiento: derecho humano esencial [Internet]. ETRAS, OPS. 2015 [consultado el 23 de junio del 2015]. Se encuentra en: <http://www.paho.org/blogs/etras/?p=38>
111. Organización Mundial de la Salud. Agua potable salubre y saneamiento básico en pro de la salud [Internet]. OMS. 2015 [consultado el 2 de agosto del 2015]. Se encuentra en: http://www.who.int/water_sanitation_health/mdg1/es/
112. Comisión Económica para América Latina y el Caribe y Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población. Estimaciones y proyecciones de población a largo plazo 1950-2100 [Internet]. CEPAL-CELADE. 2015 [consultado el 28 de mayo del 2015]. Se encuentra en: http://www.cepal.org/celade/proyecciones/basedatos_bd.htm
113. Noyola A. Los desafíos para la universalización del saneamiento básico En: Galvão LAC, Finkelman J, Henao S, directores. Determinantes ambientales y sociales de la salud [Internet]. OPS. Washington, DC: McGraw-Hill Interamericana, S.A. de C.V; 2010 [consultado el 29 de mayo del 2015]. p. 367-82. Se encuentra en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=620794&indexSearch=ID>

114. World Health Organization. GLAAS 2012 Report: UN-Water Global Analysis and Assessment of Sanitation and Drinking-Water: the challenge of extending and sustaining services [Internet]. OMS. 2012 [consultado el 2 de agosto del 2015]. Se encuentra en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44849/1/9789241503365_eng.pdf?ua=1
115. Organización Mundial de la Salud. Progresos en materia de agua potable y saneamiento [Internet]. OMS. 2014 [consultado el 29 de mayo del 2015]. Se encuentra en: http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/2014/jmp-report/es/
116. World Health Organization, United Nations Children's Fund. Joint Monitoring Programme for Water Supply and Sanitation. Progress on Sanitation and Drinking Water and MDG Assessment: 2015 Update [Internet]. OMS, UNICEF. 2015 [consultado el 30 de junio del 2015]. Se encuentra en: http://files.unicef.org/publications/files/Progress_on_Sanitation_and_Drinking_Water_2015_Update_.pdf
117. Organización Panamericana de la Salud. Equipo Técnico Regional de Agua y Saneamiento [Internet]. ETRAS, OPS. [consultado el 29 de mayo del 2015]. Se encuentra en: <http://www.paho.org/blogs/etras/>
118. Jelmayer R, Chao L. Drought-stricken São Paulo Battles Dengue Fever Outbreak. *Wall Street Journal* [Internet]. 3 de marzo del 2015 [consultado el 29 de mayo del 2015]; Se encuentra en: <http://www.wsj.com/articles/drought-stricken-sao-paulo-battles-dengue-fever-outbreak-1425420508>
119. World Bank. Loan to Tackle Critical Water Scarcity in São Paulo, Brazil [Internet]. Banco Mundial; 2010 [consultado el 2 de agosto del 2015]. Se encuentra en: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/NEWS/0,,contentMDK:22568540~menuPK:34463~pagePK:34370~piPK:34424~theSitePK:4607,00.html>
120. World Bank. Mexico - adaptation to climate change in the Water Sector Development Policy Loan Program [Internet]. Washington, DC: Banco Mundial; mayo del 2010 [consultado el 2 de agosto del 2015] p. 1–129. Informe N.o 53637. Se encuentra en: <http://documents.worldbank.org/curated/en/2010/05/12286940/mexico-adaptation-climate-change-water-sector-development-policy-loan-program>
121. Malkin E. Fears That a Lush Land May Lose a Foul Fertilizer. *The New York Times* [Internet]. 4 de mayo del 2010 [consultado el 29 de mayo del 2015]; Se encuentra en: <http://www.nytimes.com/2010/05/05/world/americas/05mexico.html>
122. World Bank. Modernizing Public Water Services in Uruguay through a Long-Term Partnership [Internet]. Washington, DC: Banco Mundial; marzo del 2010 [consultado el 29 de mayo del 2015] pp. 1–3. Informe N.o 91688. Se encuentra en: <http://documents.worldbank.org/curated/en/2010/03/23176751/modernizing-public-water-services-uruguay-through-long-term-partnership-asociacion-largo-plazo-para-modernizar-servicios-de-agua-enuruguay>
123. Banco Interamericano de Desarrollo. PR-L1029: Programa de Saneamiento Integrado de Asunción. BID [Internet]. 2014 [consultado el 2 de agosto del 2015]. Se encuentra en: <http://www.iadb.org/es/proyectos/project-information-page,1303.html?id=PR-L1029>
124. Banco Mundial. Ecuador/Banco Mundial: Un millón de residentes de Guayaquil se beneficiarán con mejor saneamiento. BM. Washington, DC; 22 de abril del 2015;1. Se encuentra en: <http://www.bancomundial.org/es/news/press-release/2015/04/22/ecuador-banco-mundial-un-millon-de-residentes-de-guayaquil-se-beneficiaran-con-mejor-saneamiento>
125. Bartram J, Corrales L, Davison D, Gordon B, Howard G, Rinehold A, et al. Water Safety Plan Manual (WSP Manual) [Internet]. OMS. 2009 [consultado el 29 de mayo del 2015]. Se encuentra en: http://www.who.int/water_sanitation_health/publication_9789241562638/en/
126. Organización Panamericana de la Salud. La OPS y Perú firmaron un acuerdo para establecer un Equipo Técnico Regional en Agua y Saneamiento con sede en ese país [Internet]. OPS. 2010 [consultado el 2 de agosto del 2015 2]. Se encuentra en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3538%3AAla-ops-peru-firmaron-un-acuerdo-establecer-un-equipo-tecnico-regional-agua-saneamiento-sede-ese-pais&catid=740%3Anews-pressreleases&Itemid=1926&lang=en
127. Organización Panamericana de la Salud. Decenio internacional del abastecimiento de agua potable y del saneamiento: informe sobre la situación en la Región al finalizar el decenio (1981-1990) (resolución CD35.R15) [Internet]. 35.o Consejo Directivo de la OPS, del 23 al 28 de septiembre de 1991; Washington (DC): OPS; 1991 [consultado el 2 de agosto del 2015]. Se encuentra en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/1550/CD35.R15sp.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
128. Organización Panamericana de la Salud. Salud, agua potable y saneamiento en el desarrollo humano sostenible (resolución CD43. R15) [Internet]. 43.er Consejo Directivo de la OPS, del 24 al 28 de septiembre del 2001; Washington (DC): OPS; 2011 [consultado el 8 de junio del 2015]. Se encuentra en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/1439/cd43.r15-s.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
129. Organización Panamericana de la Salud. Centros panamericanos (resolución CD50.R14) [Internet]. 50.o Consejo Directivo de la OPS, del 27 de septiembre al 1 de octubre del 2010; Washington (DC): OPS; 2010 [consultado el 2 de agosto del 2015]. Se encuentra en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/416/CD50.R14-e.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
130. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción sobre la salud urbana (resolución CD51.R4) [Internet]. 51.o Consejo Directivo de la OPS, del 26 al 30 de septiembre del 2011; Washington (DC): OPS; 2011 [consultado el 2 de agosto del 2015]. Se encuentra en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/1720/CD51%20R4-s.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

131. World Bank, International Monetary Fund. From billions to trillions: transforming development finance post-2015 financing for development: multilateral development finance [Internet]. 2015 [consultado el 29 de mayo del 2015]. Se encuentra en: <http://siteresources.worldbank.org/DEVCOMMINT/Documentation/23659446/DC2015-0002%28E%29FinancingforDevelopment.pdf>
132. Organization for Economic Co-operation and Development. Aid to Health [Internet]. OCDE. 2015 [consultado el 29 de mayo del 2015]. Se encuentra en: <http://www.oecd.org/dac/stats/aidtohealth.htm>
133. World Bank. Healthy development: the World Bank Strategy for Health, Nutrition and Population Results [Internet]. Banco Mundial; 2007 [consultado el 29 de mayo del 2015]. Se encuentra en: <http://elibrary.worldbank.org/doi/book/10.1596/978-0-8213-7193-0>
134. Organización Panamericana de la Salud. Formulación, implementación y evaluación de política [Internet]. OPS. 2013 [consultado el 2 de agosto del 2015]. Se encuentra en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8684&Itemid=39989&lang=en
135. Organismo Andino de Salud–Convenio Hipólito Unanue. Comisión Técnica Subregional para la Política de Acceso a Medicamentos. Política Andina de Medicamentos [Internet]. Lourdes Kusunoki Fuero; 2009 [consultado el 29 de mayo del 2015]. Se encuentra en: <http://www.orasconhu.org/areasaccion/pol%C3%ADtica-andina-de-medicamentos>
136. Suarez-Berenguela R, Pescetto C. Improving the measurement of poverty in the Americas, health adjusted poverty lines: background materials – a literature review [Internet]. OPS; 2003 [consultado el 2 de agosto del 2015]. Se encuentra en: <http://www1.paho.org/english/dpm/shd/hp/haplilitcprs.pdf>
137. Organización Panamericana de la Salud. Selección de medicamentos y prescripción racional. [Internet]. OPS. 2013 [consultado el 30 de mayo del 2015]. Se encuentra en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7883&Itemid=39715&lang=es
138. Organización Panamericana de la Salud. El Fondo Estratégico de la OPS [Internet]. OPS. 2014 [consultado el 2 de agosto del 2015]. Se encuentra en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12163&Itemid=42005&lang=es
139. Organización Panamericana de la Salud. Proceso de Evaluación de las Autoridades de Regulación Nacional de Referencia de la OPS [Internet]. OPS; 2010 [consultado el 4 de junio del 2015]. Se encuentra en: <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/POS-EvaluacioRES1.pdf>
140. Pan American Health Organization. The Challenges Facing Member States in Access. PAHO Strategic Fund [Internet]. PAHO. 2014 [consultado el 2015 Aug 2]. Se encuentra en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9797%3Athe-challenges-facing-member-states-in-access&catid=1159%3Ahss-strategic-fund&Itemid=986&lang=en
141. Organización Panamericana de la Salud. Antecedentes del Fondo Estratégico [Internet]. OPS. 2014 [consultado el 2 de agosto del 2015]. Se encuentra en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9798%3Ahistory-of-the-strategic-fund-&catid=1159%3Ahss-strategicfund&Itemid=986&lang=es
142. Organización Panamericana de la Salud. Acceso a los medicamentos (resolución CD45.R7) [Internet]. 45.o Consejo Directivo de la OPS, del 27 de septiembre al 1 de octubre del 2004; Washington (DC): OPS; 2004 [consultado el 2 de agosto del 2015]. Se encuentra en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/256/CD45.r7-s.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
143. Organización Panamericana de la Salud. Fondo Estratégico de la OPS [Internet]. OPS. 2014 [consultado el 2 de agosto del 2015]. Se encuentra en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12163%3Apaho-strategic-fund&catid=8775%3Aabout&Itemid=42005&lang=es
144. Organización Panamericana de la Salud. Sistema de Evaluación de Autoridades Reguladoras Nacionales de Medicamentos [Internet]. OPS. 2014 [consultado el 2 de agosto del 2015]. Se encuentra en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1615&Itemid=1179&lang=sp
145. Organización Panamericana de la Salud. Fortalecimiento de las autoridades reguladoras nacionales de medicamentos y productos biológicos (resolución CD50.R9) [Internet]. 50.o Consejo Directivo de la OPS, del 27 de septiembre al 1 de octubre del 2010; Washington (DC): OPS; 2010 [consultado el 2 de agosto del 2015]. Se encuentra en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/427/CD50.R9-s.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
146. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasil sedia 16a Conferência Internacional de Autoridades Reguladoras de Medicamentos (ICDRA) e especialistas reguladores discutem a segurança e o acesso aos produtos farmacêuticos [Internet]. OPS. 2014 [consultado el 30 de mayo del 2015]. Se encuentra en: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=4692:brasil-sedia-16o-conferencia-internacional-deautoridades-reguladoras-de-medicamentos-icdra-e-especialistas-reguladores-discutem-a-seguranca-e-o-acesso-aos-produtos-farmacêuticos-&Itemid=455
147. Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre los progresos realizados en materia de seguridad de las transfusiones de sangre [Internet]. OPS; 2008 [consultado el 2 de agosto del 2015]. Se encuentra en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/166228/2/ce142.r5-s.pdf>

148. Organización Panamericana de la Salud. Salud pública, innovación y propiedad intelectual: una perspectiva regional (resolución CD48.R15) [Internet]. 48.o Consejo Directivo de la OPS, del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2008; Washington (DC): OPS; 2008 [consultado el 2 de agosto del 2015]. Se encuentra en: <http://www1.paho.org/spanish/gov/cd/cd48.r15-s.pdf>
149. Organización Panamericana de la Salud. Lanzamiento de la Red de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (REDE TSA) [Internet]. OPS. 2011 [consultado el 30 de mayo del 2015]. Se encuentra en: http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=1180:lanzamiento-de-la-red-deevaluacion-de-tecnologias-sanitarias-redetsa&Itemid=554
150. Organización Panamericana de la Salud. La cooperación técnica entre los países de la Región (documento CD46/9) [Internet]. 46.o Consejo Directivo de la OPS, del 26 al 30 de septiembre del 2005; Washington (DC): OPS; 2005 [consultado el 2 de agosto del 2015]. Se encuentra en: <http://www1.paho.org/spanish/gov/cd/CD46-09-s.pdf>
151. Organización Panamericana de la Salud. La cooperación centrada en los países y el desarrollo nacional de la salud (documento CD46/19) [Internet]. 46.o Consejo Directivo de la OPS, del 26 al 30 de septiembre del 2005; Washington (DC): OPS; 2005 [consultado el 2 de agosto del 2015]. Se encuentra en: <http://www1.paho.org/spanish/gov/cd/cd46-19-s.pdf>
152. Organización Panamericana de la Salud. Informes sobre los progresos realizados en materia de seguridad de las transfusiones de sangre (resolución CE142.R5) [Internet]. 142.a sesión del Comité Ejecutivo de la OPS, del 23 al 27 de junio del 2008; Washington (DC): OPS; 2008 [consultado el 2 de agosto del 2015]. Se encuentra en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/166228/2/ce142.r5-s.pdf>
153. Organización Panamericana de la Salud. Evaluación e incorporación de tecnologías sanitarias en los sistemas de salud (resolución CSP28.R9) [Internet]. 28.a Conferencia Sanitaria Panamericana, del 17 al 21 de septiembre del 2012; Washington (DC): OPS; 2012 [consultado el 4 de junio del 2015]. Se encuentra en: [file:///Users/mariaclark/Documents/CSP28.R9-s%20\(1\).pdf](file:///Users/mariaclark/Documents/CSP28.R9-s%20(1).pdf)
154. Organización Panamericana de la Salud. Duodécimo programa general de trabajo de la OMS 2014-2019 y presupuesto por programas de la OMS 2014-2015 (documento CD52/INF/2) [Internet]. 52.o Consejo Directivo de la OPS, del 30 de septiembre al 4 de octubre del 2013; Washington (DC): OPS; 2013 [consultado el 2 de agosto del 2015]. Se encuentra en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/166993/2/CD52_INF_2esp.pdf
155. Organización Panamericana de la Salud. Estado de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (documento CD53/INF/6D) [Internet]. 53.o Consejo Directivo de la OPS, del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014; Washington (DC): OPS; 2015 [consultado el 16 de junio del 2015]. Se encuentra en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28213/CD53-INF6-D-s.pdf?sequence=14&isAllowed=y>
156. Lutter C, Chaparro C. La desnutrición en lactantes y niños pequeños en América Latina y el Caribe: alcanzando los Objetivos de Desarrollo del Milenio [Internet]. Washington, DC: OPS; 2008 [consultado el 28 de mayo del 2015]. 222 p. Se encuentra en: <http://publications.paho.org/product.php?productid=977>
157. Lustig N. Desigualdad y pobreza bajo las nuevas izquierdas en América Latina. Woodrow Wilson Center Update on the Americas. Washington, DC: Woodrow Wilson International Center for Scholars, Latin American Program; 2009 [consultado el 25 de junio del 2015]. 28 p. Se encuentra en: https://www.wilsoncenter.org/sites/default/files/LAP_090716_Lustig%20Bulletin%20ESP.pdf
158. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [Internet]. Reducción de la pobreza. Nueva York: UNDP; 2015 [consultado el 29 de mayo del 2015]. Se encuentra en: <http://www.undp.org/content/undp/es/home/ourwork/povertyreduction/overview.html>
159. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Balance preliminar de las economías de América Latina y el Caribe 2014 [Internet]. CEPAL. 2014 [consultado el 29 de mayo del 2015]. Se encuentra en: <http://www.cepal.org/es/publicaciones/tipo/balance-preliminar-de-las-economias-de-america-latina-y-el-caribe>
160. World Bank. LAC Semiannual Report April 2015: Latin America treads a narrow path to growth: the slowdown and its macroeconomic challenges [Internet]. Washington, DC: Banco Mundial; 2015 [consultado el 29 de mayo del 2015]. Se encuentra en: <http://elibrary.worldbank.org/doi/pdf/10.1596/978-1-4648-0609-4>
161. Lucchetti L, Vakis R, Rigolini J. Left behind: chronic poverty in Latin America and the Caribbean - overview [Internet]. Banco Mundial; enero del 2015 [consultado el 29 de mayo del 2015] p. 1–44. Informe N.o 94701. Se encuentra en: <http://documents.worldbank.org/curated/en/2015/01/24089637/left-behind-chronic-poverty-latin-america-caribbean-overview>
162. Bastagli F, Coady D, Gupta S. Income inequality and fiscal policy [Internet]. Fondo Monetario Internacional; 2012 [consultado el 29 de mayo del 2015]. Se encuentra en: <https://www.imf.org/external/pubs/ft/sdn/2012/sdn1208.pdf>
163. De Ferranti D, Guillermo P, Ferreira F, Walton M. Inequality in Latin America: breaking with history? [Internet]. Banco Mundial; 2004 [consultado el 29 de mayo del 2015]. 392 p. Se encuentra en: <http://elibrary.worldbank.org/doi/book/10.1596/0-8213-5665-8>
164. Eyzaguirre N. Sustaining Latin America's Transformation [Internet]. Washington, DC: Fondo Monetario Internacional; 2011 [consultado el 29 de mayo del 2015]. Se encuentra en: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/2011/03/Eyzaguirre.htm>

165. Díaz-Bonilla C, Azevedo JP, Cord L. Did Latin America learn to shield its poor from economic shocks? [Internet]. Banco Mundial; octubre del 2010 [consultado el 29 de mayo del 2015] p. 1–30. Informe N.o 61273. Se encuentra en: <http://documents.worldbank.org/curated/en/2010/10/14087342/latin-america-learn-shield-poor-economic-shocks>
166. U.S. Census Bureau. Income, Poverty and Health Insurance Coverage in the United States: 2009. Oficina del Censo de los Estados Unidos [Internet]. [consultado el 29 de mayo del 2015]. Se encuentra en: <https://www.census.gov/data/tables/2010/demo/income-poverty/p60-238.html>
167. J Cord L, Lucchetti L, Rodriguez-Castelan C. Shifting gears to accelerate shared prosperity in Latin America and Caribbean [Internet]. Banco Mundial; 2013 Jun [consultado el 29 de mayo del 2015] p. 1–52. Informe N.o 78507. Se encuentra en: <http://documents.worldbank.org/curated/en/2013/06/17872255/shifting-gears-accelerate-shared-prosperity-latin-america-caribbean>
168. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Programas de transferencias condicionadas. Base de datos de programas de protección social no contributiva en América Latina y el Caribe [Internet]. CEPAL. 2015 [consultado el 29 de mayo del 2015]. Se encuentra en: <http://dds.cepal.org/bdptc/>
169. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe. Seguimiento de la agenda de las Naciones Unidas para el desarrollo post-2015 y Río+20 [Internet]. CEPAL. 2014 [consultado el 29 de mayo del 2015]. Se encuentra en: <http://www.cepal.org/es/publicaciones/development-sustainable-in-latin-america-and-the-caribbean-follow-up-agenda-un-development-post-2015-and-rio20>
170. Fiszbein A, Schady NR, Ferreira FHG, Grosh M, Kelleher N, Olinto P, et al. Transferencias monetarias condicionadas: reducción de la pobreza actual y futura [Internet]. Washington, DC: Banco Mundial; 2009. 346 p. Se encuentra en: <http://hdl.handle.net/10986/2597>
171. Organización Panamericana de la Salud. Esquemas de protección social para la población materna, neonatal e infantil: lecciones aprendidas de la Región de América Latina [Internet]. Washington, DC: OPS; 2008 [consultado el 29 de mayo del 2015]. Se encuentra en: <http://publications.paho.org/product.php?productid=1003>
172. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud [Internet]. OMS. [consultado el 29 de mayo del 2015]. Se encuentra en: <http://www.who.int/governance/eb/constitution/es/>
173. Organización Panamericana de la Salud. La mujer, la salud y el desarrollo (resolución CSP26.R21) [Internet]. 26.a Conferencia Sanitaria Panamericana de la OPS, del 23 al 27 de septiembre del 2002; Washington (DC), OPS; 2002 [consultado el 29 de mayo del 2015]. Se encuentra en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/168772/3/csp26.r21-s.pdf>
174. Organización Panamericana de la Salud. Género y salud: una guía práctica para la incorporación de la perspectiva de género en salud [Internet]. OPS. 2011 [consultado el 29 de mayo del 2015]. Se encuentra en: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/manualFinal.pdf>
175. Organización Panamericana de la Salud. La economía invisible y las desigualdades de género: la importancia de medir y valorar el trabajo no remunerado [Internet]. Washington, DC: OPS; 2008 [consultado el 29 de mayo del 2015]. Se encuentra en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/6034>
176. Organización Panamericana de la Salud. Política de la OPS en materia de igualdad de género (resolución CD46.R16) [Internet]. 46.o Consejo Directivo de la OPS, del 26 al 30 de septiembre del 2005; Washington (DC), OPS; 2005 [consultado el 29 de mayo del 2015]. Se encuentra en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/269/cd46.r16-s.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
177. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la ejecución de la política en materia de igualdad de género (resolución CD49.R12) [Internet]. 49.o Consejo Directivo de la OPS, del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2009; Washington (DC), OPS; 2009 [consultado el 29 de mayo del 2015]. Se encuentra en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/392/CD49.R12%20%28Esp.%29.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
178. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Desnutrición infantil en América Latina y el Caribe [Internet]. CEPAL. 2015 [consultado el 11 de noviembre del 2015]. Se encuentra en: <http://www.cepal.org/es/publicaciones/35978-desnutricion-infantil-en-america-latina-y-el-caribe>
179. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, Oficina Regional para América Latina y el Caribe. Alimentación escolar y las posibilidades de compra directa de la agricultura familiar: estudio de caso en ocho países [Internet]. Brasil: FAO; 2013 [consultado el 25 de noviembre del 2015]. 275 p. Se encuentra en: <http://www.fao.org/docrep/018/i3413s/i3413s.pdf>
180. Lima ALL de, Silva ACF da, Konno SC, Conde WL, Benicio MHD, Monteiro CA. Causes of the accelerated decline in child undernutrition in Northeastern Brazil (1986-1996-2006). *Rev Saúde Pública*. 2010 Feb;44(1):17–27.
181. Rivera-Dommarco JÁ, Cuevas-Nasu L, González de Cosío T, Shamah-Levy T, García-Feregrino R. Desnutrición crónica en México en el último cuarto de siglo: análisis de cuatro encuestas nacionales. *Salud Pública México*. 2013;55:S161–9.
182. Sobrino M, Gutiérrez C, Cunha AJ, Dávila M, Alarcón J. Desnutrición infantil en menores de 5 años en Perú: tendencias y factores determinantes. *Rev Panam Salud Publica*. 2014 Feb;35(2):104–12.

183. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. En: The Cochrane Collaboration, director. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Chichester, Reino Unido: John Wiley & Sons, Ltd; 2002 [consultado el 22 de noviembre del 2015]. Se encuentra en: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD003517>
184. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. La reducción de la mortalidad infantil en América Latina y el Caribe: avance dispar que requiere respuestas variadas [Internet]. CEPAL. 2015 [consultado el 11 de noviembre del 2015]. Se encuentra en: <http://www.cepal.org/es/publicaciones/35993-la-reduccion-de-la-mortalidad-infantil-en-america-latina-y-el-caribe-avance>
185. Organización Panamericana de la Salud. Boletín de Inmunización de la OPS-2013 [Internet]. OPS. 2013 [consultado el 11 de noviembre del 2015]. Se encuentra en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=22365&Itemid=3482&lang=es
186. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción para la salud integral en la niñez [Internet]. OPS; 2013. 28 p. [consultado el 11 de noviembre del 2015]. Se encuentra en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=21371&Itemid=
187. Jurberg C, Humphreys G. Brazil's march towards universal coverage. *Bull World Health Organ*. 2010;88(9):646-7.
188. Gobierno de Chile, The Partnership for Maternal Newborn and Child Health y Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad materna y neonatal en ALC y estrategias de reducción [Internet]. OPS; 2009 [consultado el 11 de noviembre del 2015]. Se encuentra en: http://www.who.int/pmnch/activities/sintesis_situacionmortalidad_en_alc.pdf
189. Richard F, D Brouwere V. Intervenciones preclínicas para reducir los casos de cesáreas innecesarias: comentario de la BSR [Internet]. OMS. 2012 [consultado el 11 de diciembre del 2015]. Se encuentra en: <https://extranet.who.int/rh/es/topics/pregnancy-and-childbirth/care-during-childbirth/caesarean-section-7>
190. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Hechos sobre adolescencia y jóvenes en América Latina y el Caribe [Internet]. [consultado el 12 de noviembre del 2015]. Se encuentra en: [https://www.unicef.org/lac/Fast_facts_SP\(1\).pdf](https://www.unicef.org/lac/Fast_facts_SP(1).pdf)
191. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Maternidad adolescente en América Latina y el Caribe: tendencias, problemas y desafíos [Internet]. CEPAL. 2015 [consultado el 12 de noviembre del 2015]. Se encuentra en: <http://www.cepal.org/es/publicaciones/35990-maternidad-adolescente-en-america-latina-y-el-caribe-tendencias-problemas-y>
192. Organización Panamericana de la Salud. La OMS valida la eliminación de Cuba de la transmisión de madre a hijo del VIH y de la sífilis [Internet]. OPS. 2015 [consultado el 13 de julio del 2015]. Se encuentra en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11078&Itemid=1926&lang=es
193. Organización Mundial de la Salud. Argumentando sobre la cobertura sanitaria universal [Internet]. Ginebra: OMS; 2013 [consultado el 25 de noviembre del 2015]. 44 p. Se encuentra en: http://www.who.int/health_financing/UHC_SPs1.pdf
194. Xalma C, López S. Informe de la Cooperación Sur-Sur en Iberoamérica 2015 [Internet]. Madrid: Ibero-American General Secretariat SEGIB; 2015 [consultado el 8 de julio del 2016] p. 223. Se encuentra en: http://www.informesursur.org/wp-content/uploads/2014/03/QA_Sur-Sur.pdf
195. Asamblea Mundial de la Salud. Alocución del Dr. Jim Yong Kim, Presidente del Grupo del Banco Mundial, a la 66.a Asamblea Mundial de la Salud: Ginebra, martes 21 de mayo de 2013: La pobreza, la salud y el futuro de la humanidad. A66/DV.7 [Internet]. OMS/AMS; 2013 [consultado el 25 de noviembre del 2015]. Se encuentra en: <http://www.who.int/iris/handle/10665/151008>
196. Behrman JR. Early life nutrition and subsequent education, health, wage, and intergenerational effects [Internet]. Banco Mundial; enero del 2008 [consultado el 28 de mayo del 2015] p. 1–32. Informe N.o 57732. Se encuentra en: <http://documents.worldbank.org/curated/en/848441468176953803/pdf/577320NWP0Box353767B01PUBLIC10gcwp033web.pdf>
197. Organización Panamericana de la Salud. Salud de los adolescentes (documento CD40.R16) [Internet]. 40.o Consejo Directivo de la OPS, del 22 al 26 de septiembre de 1997; Washington (DC): OPS; 1997 [consultado el 29 de mayo del 2015]. Se encuentra en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/168407/2/CD40.R16sp.pdf>
198. McAlister C, Baskett TF. Female education and maternal mortality: a worldwide survey. *J Obstet Gynaecol Can JOGC J Obstétrique Gynécologie Can JOGC*. 2006 Nov;28(11):983–90.
199. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita: evaluación de mitad de período (documento CD52/INF/4B) [Internet]. 52.o Consejo Directivo de la OPS, del 30 de septiembre al 4 de octubre del 2013; Washington (DC): OPS; 2013 [consultado el 30 de mayo del 2015]. Se encuentra en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/4417/CD52-INF4-Besp.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
200. Organización Mundial de la Salud. La salud y los Objetivos de Desarrollo del Milenio [Internet]. Ginebra: OMS; 2005 [consultado el 29 de mayo del 2015]. 84 p. Se encuentra en: http://www.who.int/hdp/publications/mdg_es.pdf
201. Organización Panamericana de la Salud. Preparar a la Región de las Américas para alcanzar el Objetivo de Desarrollo Sostenible sobre la salud. Washington, DC: OPS; 2015 p. 95. Se encuentra en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/10017>

202. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud de los países de las Américas (resolución CSP27.R12) [Internet]. 27.a Conferencia Sanitaria Panamericana, del 1 al 5 de octubre del 2007; Washington (DC), OPS; 2007 [consultado el 12 de agosto del 2015]. Se encuentra en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3762/csp27.r12-s.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
203. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud (documento CE142/16) [Internet]. 142.a sesión del Comité Ejecutivo de la OPS, del 23 al 27 de junio del 2008; Washington (DC), OPS; 2008 [consultado el 12 de agosto del 2015]. Se encuentra en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/6156>
204. Organización Panamericana de la Salud. Red Latinoamericana y del Caribe para el fortalecimiento de los sistemas de información de salud [Internet]. RELAC SIS. 2010 [consultado el 12 de agosto del 2015]. Se encuentra en: <http://www.relacsis.org/>
205. Organización Panamericana de la Salud. Vigilancia epidemiológica - Red Latinoamericana y del Caribe para el Fortalecimiento de los Sistemas de Información de Salud [Internet]. RELAC SIS ViEpi. 2015 [consultado el 12 de agosto del 2015]. Se encuentra en: <http://www.relacsis.org/index.php/2014-06-13-19-23-01/vigilancia-epidemiologica>
206. Organización Panamericana de la Salud. Guía para el personal de la OMS que trabaja con centros colaboradores de la OMS. Washington, DC: OPS; 2014.
207. Organización Panamericana de la Salud. Cobertura universal de salud [Internet]. OPS. 2014 [consultado el 12 de agosto del 2015]. Se encuentra en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9392&Itemid=40244&lang=es
208. Organización Panamericana de la Salud. Salud en Todas las Políticas [Internet]. OPS. 2015 [consultado el 12 de agosto del 2015]. Se encuentra en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9361%3A2014-welcome-health-all-policies&catid=6393%3Ahiaphome&Itemid=40258&lang=es
209. Organización Panamericana de la Salud. La equidad de salud y la agenda post-2015 en ALC [Internet]. OPS. 2015 [consultado el 12 de agosto del 2015]. Se encuentra en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11023%3A2015-health-equity-and-the-post-2015-agenda-in-lac&catid=4717%3Afgl-news&Itemid=39620&lang=es



www.paho.org



**Organización
Panamericana
de la Salud**

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



**Organización
Mundial de la Salud**

OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**

ISBN: 978-92-75-31878-2



9 789275 318782