



OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

LA PROGRESIÓN HACIA EL DERECHO
A LA SALUD EN AMÉRICA LATINA
Y EL CARIBE



NACIONES UNIDAS

Este documento fue elaborado bajo la supervisión de José Luis Machinea, Secretario Ejecutivo de la CEPAL, y la dirección de Andras Uthoff, Oficial a cargo de la División de Desarrollo Social de la CEPAL. La coordinación y redacción general estuvieron a cargo de Ana Sojo, Oficial de la División de Desarrollo Social de la CEPAL.

Se consultó a los equipos técnicos de los siguientes organismos y organizaciones del sistema de las Naciones Unidas: Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), Organización Panamericana de la Salud (OPS), Programa Mundial de Alimentos (PMA), Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

Se agradece en particular la colaboración de las siguientes autoridades: Mirta Rosés, Directora de la OPS; Pedro Medrano, Director Regional de la Oficina Regional para América Latina y el Caribe del PMA; Rebeca Grynspan, Directora Regional para América Latina y el Caribe del PNUD; Marcela Suazo, Directora de la División de América Latina y el Caribe del UNFPA, y Nils Kastberg, Director Regional de la Oficina para América Latina y el Caribe del UNICEF.

Contribuyeron con insumos Olga Lucía Acosta, Cecilia Acuña, Ximena Aguilera, Jarbas Barbosa da Silva, María Elisa Bernal, Keith Carter, Angela Céspedes, Alvaro de Carvalho, Mirtha del Granado, Fabiana del Popolo, Christopher Drasbek, Ernesto Espíndola, Juan Carlos Feres, Luiz Augusto Galvão, Dirk Jaspers, Maren Jiménez, Chessa Lutter, Rodrigo Martínez, Hernán Montenegro, Sofía Leticia Morales, Mireya Palmieri, Carla Paredes, Hugo Prado, Félix Rígoli, Adrián Rodríguez, Mariela Rossen, Magda Ruiz, Rubén Suárez y Gina Tambini.

Los aportes realizados por los consultores Eduardo Atalah, Ricardo Bitrán, Liliana Escobar, Rodrigo Muñoz, Marcela Peticara, Guillermo Paraje, Marcelo Pizarro, Juanita Ubilla y Gonzalo Urcullo se consignan en el texto.

Aportaron comentarios y sugerencias al informe y/o a las consultorías: Carlos Acosta, Omar Bello, Pedro Brito, Mark Connolly, Mariela Cortés, Rebecca de los Ríos, Martine Dirven, Javier Domínguez, José Ferraris, Paulo Froes, Dennia Gayle, Alejandro Giusti, Juan Eduardo Guerrero, Sonia Heckadon, Bernardo Kliksberg, Isabel Licha, Esteban Pérez, Juan Manuel Sotelo, Judith Thimke, Daniel Titelman y Cecilia Vera.

Realizaron procesamientos estadísticos Ernesto Espíndola, Maren Jiménez, Fabiola Fernández y Lorena Flores. Brindaron apoyo estadístico Xavier Mancero y Nora Ruedi.

Se contó con recursos del presupuesto ordinario de la CEPAL y con financiamiento del PMA, del PNUD, del UNICEF y del UNFPA. La elaboración y publicación de este informe fue posible gracias a esta cooperación financiera.

Diseño de portada: Coka Urzúa Piffaut.

Fotografía de portada: autorizada por Child Fund, New Zealand, www.childfund.org.nz

ÍNDICE

	Página
Presentación	7
Capítulo I	
LA SALUD EN LA CARTA DE NAVEGACIÓN DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO	11
Capítulo II	
LA ERRADICACIÓN DE LA POBREZA EXTREMA Y DEL HAMBRE COMO MARCO DE LA SITUACIÓN EN MATERIA DE SALUD	15
1. El avance hacia la primera meta del Milenio	15
2. Tendencias del hambre y la desnutrición en la región	19
3. Enseñanzas de la aplicación de políticas contra el hambre y la desnutrición	34
Capítulo III	
LOS OBJETIVOS Y METAS DE DESARROLLO DEL MILENIO RELACIONADOS CON LA SALUD: COMPARACIÓN DE LOS INDICADORES DE LOS AVANCES EN LOS PAÍSES DE LA REGIÓN	39
1. Objetivo 4: reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años	39
2. Objetivo 5: mejorar la salud materna	49
3. Meta 8 del objetivo 6: haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y de otras enfermedades graves	57
Capítulo IV	
LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL, SUS DETERMINANTES Y SU INCIDENCIA EN EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS	67
1. Tendencias generales de los niveles de desnutrición crónica en países seleccionados	68
2. Factores determinantes de la desnutrición crónica infantil	72
3. Las causas de la desigualdad en la desnutrición crónica infantil	76
4. Factores determinantes de los cambios en la desigualdad crónica infantil	80
5. Conclusiones	82
Capítulo V	
EL GASTO DE BOLSILLO EN SALUD: EVIDENCIA DE DESIGUALDADES PROFUNDAS	85
1. Breve definición de algunos conceptos	87
2. Carga del gasto de bolsillo en salud y “empobrecimiento”	88
3. Gastos catastróficos en salud y gasto en medicamentos	93
4. Desigualdad y gasto en salud reprimido	97
5. Variables explicativas de la diversa incidencia de los gastos de bolsillo en salud	99
6. La desigual distribución del gasto de bolsillo en salud	101
Capítulo VI	
EL FINANCIAMIENTO DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO RELATIVOS A SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	103

1. Tendencias del gasto público en salud.....	103
2. Estimación de los costos involucrados para alcanzar los objetivos de desarrollo del Milenio seleccionados en materia de salud en la región	108
A) Anexo estadístico.....	114

Capítulo VII

LOS SISTEMAS DE SALUD ANTE LOS DESAFÍOS PLANTEADOS POR LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO: PRINCIPIOS ORIENTADORES PARA LAS POLÍTICAS DE SALUD.....	119
BIBLIOGRAFÍA.....	133

Cuadros

Cuadro I.1	América Latina y el Caribe: objetivos y metas de desarrollo del Milenio analizados en el presente informe	13
Cuadro II.1	América Latina (16 países): personas en situación de pobreza extrema según método de necesidades básicas insatisfechas (NBI) y con privaciones en indicadores NBI relacionados con la salud, alrededor de 2005	18
Cuadro II.2	Centroamérica y República Dominicana, costo de la desnutrición infantil (2004).....	29
Cuadro II.3	Simulación del impacto del alza de los precios de alimentos en la indigencia y la pobreza de América Latina y el Caribe	32
Cuadro III.1	Evolución de la tasa de mortalidad infantil por cada 1.000 nacidos vivos a escala mundial y continental, 1990-2007	40
Cuadro III.2	América Latina (13 países): tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos, según condición étnica y zona de residencia	45
Cuadro III.3	América Latina y el Caribe (países seleccionados): mortalidad infantil según intervalo intergenésico inferior a 24 meses, paridez y edad de la madre, 2002-2006	49
Cuadro III.4	América Latina y el Caribe (países seleccionados): centros de cuidado obstétrico de emergencia, como porcentaje del mínimo recomendado por las Naciones Unidas, según el tamaño de la población	56
Cuadro III.5	Indicadores del paludismo en países endémicos de la región, 2006	58
Cuadro III.6	América Latina y el Caribe: tasas de prevalencia y mortalidad por todas las formas de tuberculosis, 1990 y 2006.....	61
Cuadro A-III.1	Evaluación del logro de objetivos de desarrollo del Milenio seleccionados relacionados con la salud.....	64
Cuadro IV.1	América Latina y el Caribe (países seleccionados): caracterización de la desnutrición crónica según categorías, 1994-2005	69
Cuadro IV.2	América Latina y el Caribe (7 países seleccionados): factores determinantes de la desnutrición crónica infantil, 1994-2005	73
Cuadro IV.3	América Latina y el Caribe (países seleccionados): evolución de los factores determinantes de la desigualdad en la desnutrición crónica infantil, 1994-2005	77
Cuadro IV.4	América Latina y el Caribe (países seleccionados): desagregación de los cambios en la desigualdad de la desnutrición crónica infantil, 1994-2005	81
Cuadro V.1	América Latina (países seleccionados): cobertura y períodos de realización de encuestas de ingresos y gastos	86
Cuadro V.2a	América Latina (países seleccionados): indicadores relacionados con el gasto de bolsillo en salud	89
Cuadro V.2b	América Latina (países seleccionados): indicadores relacionados con el gasto de bolsillo en salud, según hogares con y sin seguro médico	90
Cuadro V.3	América Latina (países seleccionados): estructura y niveles de gasto, según la carga de gastos de bolsillo en salud.....	95

Cuadro V.4	América Latina (países seleccionados): proporción de hogares que declara gasto de bolsillo en salud cero, por quintiles de ingreso per cápita.....	98
Cuadro VI.1	América Latina y el Caribe (extrapolación): principales resultados de proyección de costos de intervenciones seleccionadas de salud para lograr los objetivos seleccionados.....	112
Cuadro VI.2	América Latina y el Caribe (extrapolación): proyección de costos de intervenciones seleccionadas de salud para lograr objetivos de desarrollo del Milenio relacionados.....	113
Cuadro VI.3	América Latina y el Caribe (10 países) y extrapolación para la región: gasto total requerido para aumentar la cobertura actual de intervenciones de salud seleccionadas a un nivel que permita alcanzar los objetivos de desarrollo del Milenio elegidos.....	113
Cuadro A-VI.1	América Latina y el Caribe (21 países): gasto público social como porcentaje del producto interno bruto.....	114
Cuadro A-VI.2	América Latina y el Caribe (21 países): gasto público social per cápita en salud.....	115
Cuadro A-VI.3	América Latina y el Caribe (21 países): gasto público social en salud como porcentaje del producto interno bruto.....	116
Cuadro A-VI.4	América Latina y el Caribe (18 países): orientación del gasto en salud según quintiles de ingreso primario.....	117
Cuadro A-VI.5	Los costos de alcanzar los objetivos de desarrollo del Milenio en América Latina y el Caribe: comparación entre estimaciones del actual ejercicio y el de la Comisión Mundial sobre Salud, tras ajustes pertinentes.....	118
Cuadro VII.1	América Latina y el Caribe: interacción entre financiamiento público y cotizaciones de la seguridad social en el sector de la salud.....	123
Recuadros		
Recuadro II.1	La vulnerabilidad de la población colombiana desplazada.....	21
Recuadro II.2	Protección social en salud para la población materna, neonatal e infantil: lecciones aprendidas de la región de América Latina.....	35
Recuadro III.1	Desafíos para mejorar la salud neonatal en Ecuador.....	43
Recuadro III.2	Atención materna y perinatal en Perú.....	53
Recuadro III.3	Impacto de las terapias combinadas contra el paludismo.....	59
Recuadro VII.1	Algunos programas destinados a mejorar la atención materno-infantil en la región.....	122
Recuadro VII.2	Cinco desafíos y veinte metas en recursos humanos para alcanzar los objetivos de desarrollo del Milenio en salud, acordadas por la 27ª Conferencia Sanitaria Panamericana en octubre de 2007.....	128
Recuadro VII.3	Iniciativas comunitarias que han influido en la reducción de la mortalidad infantil y materna.....	130
Gráficos		
Gráfico II.1	América Latina (17 países): avances en la reducción del número de personas indigentes, 1990 y 2007.....	16
Gráfico II.2	América Latina y el Caribe (32 países): avances hacia el logro de la meta en materia de subnutrición, 2001-2003.....	20
Gráfico II.3	América Latina y el Caribe (22 países): avances hacia la meta en materia de desnutrición global en menores de 5 años de edad, 1990 y 1996 - 2006.....	23
Gráfico II.4	América Latina y el Caribe (21 países): prevalencia de la anemia (hb < 11g/dl) en niñas y niños menores de 5 años.....	25
Gráfico II.5	América Latina y el Caribe (22 países): consumo de sal adecuadamente yodada (15 ppm o más) en los hogares.....	26
Gráfico II.6	Países en desarrollo (49 países, 86 observaciones): prevalencia de la desnutrición crónica infantil y desigualdad socioeconómica en su distribución, 1990-2005.....	27
Gráfico II.7	Índice de precios de los alimentos de la Organización para la Agricultura y la Alimentación de las Naciones Unidas (FAO).....	30
Gráfico III.1	América Latina y el Caribe (35 países y territorios): mortalidad infantil por cada 1.000 nacidos vivos, 2007.....	41

Gráfico III.2	América Latina y el Caribe (35 países y territorios): avances en la disminución de la mortalidad infantil, 1990 - 2007, y reducción pendiente hasta 2015	42
Gráfico III.3	América Latina y el Caribe (35 países y territorios): correlación entre el nivel de mortalidad infantil en 1990 y su reducción porcentual entre 1990 y 2007	44
Gráfico III.4	Mortalidad infantil según país y pueblo/territorio indígena, censos 2000, por 1.000 nacidos vivos.....	46
Gráfico III.5	América Latina y el Caribe (países seleccionados): tasa de mortalidad infantil, por quintiles de riqueza de las encuestas de demografía y salud, años recientes	47
Gráfico III.6	Región de las Américas: principales causas de mortalidad en niños menores de 5 años de edad, alrededor de 2005.....	48
Gráfico III.7	América Latina y el Caribe: mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos, 2005.....	51
Gráfico III.8	América Latina y el Caribe (países seleccionados): atención calificada prenatal y del parto, 2002-2006	52
Gráfico III.9	América Latina y el Caribe (países seleccionados): partos atendidos por personal calificado, por área de residencia de la madre, 2002-2006	54
Gráfico III.10	América Latina y el Caribe (países seleccionados): uso de anticonceptivos por las mujeres en uniones, por tipo de método y área de residencia, 2002-2006	55
Gráfico III.11	América Latina y el Caribe (países seleccionados): demanda satisfecha de uso de anticonceptivos, 2002-2006.....	56
Gráfico III.12	Región de las Américas, incidencia de la TB notificada, 1980-2005	60
Gráfico IV.1	América Latina y el Caribe (países seleccionados): la desnutrición crónica en comparación con la distribución socioeconómica de la desnutrición, 1999-2005	71
Gráfico IV.2	América Latina y el Caribe (países seleccionados): cambios en la desnutrición crónica en comparación con cambios en la desigualdad de la desnutrición	72
Gráfico V.1	Países seleccionados de América Latina, incidencia del gasto de bolsillo en salud sobre la capacidad de pago de los hogares.....	91
Gráfico V.2	América Latina (países seleccionados): hogares que se “empobrecen” tras afrontar gastos de bolsillo en salud	92
Gráfico V.3	América Latina (países seleccionados): distribución acumulada de los hogares, según carga del gasto de bolsillo en salud.....	93
Gráfico V.4	Argentina: distribución acumulada de los hogares, según carga del gasto de bolsillo en salud en la capacidad de pago, según tenencia de seguro médico	94
Gráfico V.5	América Latina (países seleccionados): gasto de bolsillo destinado a medicamentos	97
Gráfico V.6	América Latina (países seleccionados): carga de gastos de bolsillo en salud por niveles de ingreso	100
Gráfico V.7	América Latina (países seleccionados): percentiles de la carga de gastos de bolsillo	102
Gráfico VI.1	América Latina y el Caribe (21 países): gasto público per cápita en salud, 1990-1991 a 2004-2005.....	105
Gráfico VI.2	América Latina y el Caribe (21 países): gasto público en salud como porcentaje del PIB, 1990-1991 a 2004-2005.....	105
Gráfico VI.3	América Latina y el Caribe (21 países): evolución del gasto público social como porcentaje de PIB por sectores, 1990-1991 a 2004-2005	106
Gráfico VI.4	América Latina (20 países): variación anual del producto interno bruto y del gasto público en salud, 1991-2006	107
Gráfico VI.5	América Latina y el Caribe (16 países): distribución del gasto público en salud y de la atención primaria y hospitalaria según quintiles de ingreso primario, 1997-2004.....	108
Gráfico VII.1	Indicadores de calidad de vida: tendencias de convergencia entre América Latina y 15 países de la OCDE.....	120
Diagrama VI.1	Descripción del modelo de proyección de costos y logro de los objetivos de desarrollo del Milenio en salud para el caso de la región y sus fórmulas	111
Mapa III.1	Cobertura geográfica de tratamientos de observación directa y corta duración (DOTS)/TAES en las Américas, 2006	62

PRESENTACIÓN

La salud de que disfrutaban las personas no es un asunto aleatorio, como queda sistemática y fehacientemente demostrado a lo largo del presente libro. El bienestar al alcance de los diferentes sectores y categorías sociales es función de la operación de los mercados, las familias y los Estados, entrelazamiento en el cual son cruciales las políticas sociales, las políticas económicas y el desarrollo económico. Visto así, para evaluar las políticas sociales y los Estados de bienestar es preciso determinar cómo responden a las dinámicas de riesgos y a su distribución social. La cohesión social se ve afectada cuando se difunde la percepción de que en la protección contra los riesgos hay una ciudadanía social de “primera” y de “segunda”, y que tal jerarquía adquiere cierto carácter estamental cuando se perpetúa de una generación a otra. En cambio, cuando el Estado y la sociedad logran establecer mecanismos de protección contra los riesgos, se fortalece el sentido de pertenencia a la sociedad (CEPAL, 2007a).

De acuerdo con una definición normativa ya clásica (Whitehead, 1991), las inequidades en materia de salud pueden definirse como las diferencias que son innecesarias y evitables y, además, injustas. Las convenciones, protocolos y declaraciones internacionales, en cuyo marco los Estados han contraído obligaciones, han consagrado a la salud como un derecho social. Sin embargo, muchas veces persiste una lacerante distancia entre la igualdad jurídica y la desigualdad social, entre la titularidad formal de derechos y la ineficacia de las políticas públicas para garantizar que sean efectivos. De allí la relevancia de los objetivos de desarrollo del Milenio y sus indicadores, que marcan un “mínimo civilizatorio” de bienestar de todos los ciudadanos, establecen un derrotero y un plazo para abrir más oportunidades a quienes les han sido negadas y —en tanto imperativo ético— convocan a reunir energías solidarias en la sociedad en torno a políticas públicas que permitan concretarlas.

En esta oportunidad, bajo la coordinación de la CEPAL, varios organismos especializados de las Naciones Unidas que trabajan en la región de América Latina y el Caribe, a saber, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Programa Mundial de Alimentos (PMA), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), con el auspicio de otros organismos del sistema, se unieron para revisar los logros y obstáculos en materia del avance hacia los objetivos de desarrollo del Milenio relacionados con la salud, para indagar en sus causas y tratar de dimensionar los esfuerzos adicionales que es preciso realizar para cumplir cabalmente con los compromisos adquiridos.

En estos términos, la región conforma un abigarrado mosaico, dada la heterogeneidad de las tendencias de los países y las profundas disparidades internas, de muy diversa magnitud, que afectan sobre todo a poblaciones discriminadas por su condición étnica y de género, si bien se han registrado mejoras significativas de la salud de estas mismas poblaciones. Tales tendencias se identifican y precisan a lo largo del informe.

Por una parte, se destacan en el informe tendencias muy positivas, como la reducción de la indigencia que experimentó la región hacia 2007, pero que —con muy contadas excepciones— lamentablemente no es atribuible al incremento de los ingresos laborales. Por otra parte, dadas las restricciones al desarrollo físico, intelectual y emocional que sufren las personas privadas de la alimentación suficiente para cubrir sus necesidades y sus consecuencias en la salud, educación y productividad, también es muy significativo que los países latinoamericanos y caribeños hayan dado importantes pasos en la lucha contra la desnutrición global y el cumplimiento de la meta relacionada con el hambre, aunque en algunos países el índice de bajo peso para la edad sigue siendo muy alto. Además de la reducción del bienestar de las personas, ello origina un alto costo social en términos de los tratamientos de salud, ineficiencias en los procesos

educativos y pérdidas de productividad, lo que fundamenta la necesidad de encarar con denuedo la erradicación del hambre.

La capacidad de satisfacer la demanda potencial de alimentos difiere significativamente conforme al nivel de desarrollo, la productividad agrícola de las economías y los ingresos de la población, y la indigencia se mide precisamente por la incapacidad de los hogares para consumir una canasta normativa de alimentos; por lo tanto, se incrementa cuando suben los precios de los alimentos y los ingresos de los hogares no aumentan en la misma proporción. En ese sentido, la inusitada y creciente alza de los precios de los alimentos que se observa en el mundo plantea obstáculos para reducir la indigencia y pende como espada de Damocles en América Latina y el Caribe ya que, en ciertas circunstancias, puede provocar un rápido incremento de la pobreza extrema, del hambre y de la desnutrición. Es decir, el alza del precio de los alimentos a escala mundial puede marcar una clara inflexión de la tendencia positiva a la reducción de la indigencia en la región, en la medida que representa un choque de ingreso que afecta desproporcionadamente a la población pobre y vulnerable, aspecto considerado en este informe.

En el período 1990-2007, dos terceras partes del lapso establecido para alcanzar los objetivos de desarrollo del Milenio, América Latina y el Caribe ostenta notables progresos en la salud de su población, en especial de la niñez. La mortalidad de esta franja de la población disminuyó sensiblemente y aumentó la esperanza de vida al nacer. Hasta 2007, era la menor del mundo en desarrollo y su descenso el más acelerado de todas las regiones. Sin embargo, los promedios regionales ocultan grandes disparidades entre países, la situación de los países rezagados es heterogénea y algunos no parecen siquiera acercarse al cumplimiento de la meta; es casi nula la correlación positiva entre el nivel de la mortalidad infantil en 1990 y su porcentaje de reducción entre 1990 y 2007, debido a los retos específicos que implica reducir una mortalidad infantil baja. En cuanto a la mortalidad materna, si bien acusó un cierto descenso en la región de 1997 a 2005, hay un virtual estancamiento de la razón y del número absoluto de muertes maternas, que es motivo de preocupación y demuestra la necesidad de esfuerzos adicionales. La atención prenatal y del parto permite identificar situaciones y países donde se requieren mejoras sustanciales, aunque un determinado umbral de atención del parto no garantiza la disminución de la mortalidad materna, que depende también de la efectividad y calidad de la atención de los servicios de salud, además de otros factores socioeconómicos y ambientales.

Por su parte, en cuanto al combate de enfermedades contemplado en los objetivos de desarrollo del Milenio, se tratan los avances en la reducción del paludismo y de la tuberculosis de la región y se indaga en las medidas que lo han hecho posible. No así la evolución del VIH/SIDA, ya que el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) está elaborando un informe específico para la conferencia internacional que en pocos meses más se celebrará en México, D.F.

Diversos hallazgos empíricos del estudio revelan claramente que las numerosas causas que determinan el bienestar y la salud de la población guardan entre sí un complejo entramado de relaciones. Algunas de ellas se abordan parcialmente con mediciones econométricas correspondientes a un conjunto de países que cuentan con encuestas demográficas y de salud. Asimismo, sobre la base de mediciones descriptivas y econométricas realizadas con encuestas de ingresos y gastos de hogares se analiza el dispar significado que tienen las erogaciones directas en salud que efectúan los hogares y su desigual distribución, y se indaga en la desigual demanda reprimida de este gasto, aun cuando los hogares carezcan de cobertura en salud.

Se destaca cómo los determinantes de la salud están estrechamente vinculados con la desigualdad de la distribución socioeconómica, lo cual indica que las políticas de salud deben aplicarse de manera integral y complementaria con otra serie de políticas —entre otras, en el ámbito educativo, de vivienda e infraestructura social básica, de nutrición y de ingresos— y en un entorno macroeconómico

estable y propicio al crecimiento económico y a una mejor distribución de los frutos del desarrollo. Es decir, debe actuarse desde la raíz, disminuyendo la desigualdad de la distribución.

Como tendencia general, la prioridad fiscal otorgada en la región al gasto público en salud desde los años noventa fue menor que la de otros sectores sociales –tales como la educación, la asistencia social y especialmente la seguridad social— y su incremento en el presupuesto total fue moderado. De allí que no sorprenda su comportamiento altamente procíclico. Reconociendo las dificultades con que tropieza un ejercicio en la materia, a partir de un modelo en que se estiman los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) que se pierden en los países por discapacidad, muerte o ambas y con datos sobre el cociente de costo-efectividad de algunas intervenciones sanitarias, en este informe se proyectan las intervenciones adicionales necesarias para alcanzar los objetivos de desarrollo en 10 países, que se extrapolan a la región. El gasto total de la región estimado para mantener la cobertura actual en las intervenciones sanitarias utilizadas en el modelo es de 2.036 millones de dólares en el año 2007 y 2.328 millones en el año 2015. El gasto adicional necesario para alcanzar los objetivos del Milenio, en un escenario en que se destinan los recursos adicionales de manera uniforme entre todas las intervenciones, es de 53 millones de dólares en 2007 y 1.277 millones en 2015. Los resultados obtenidos son coherentes con los niveles de gasto actual destinados por los países de la muestra a las intervenciones seleccionadas y con el actual grado de avance alcanzado para cumplir con los objetivos.

Sin embargo, el carácter integral que deben tener las políticas no debe diluir el papel crucial que en sentido estricto cumplen los sistemas de salud para reducir las grandes brechas en este ámbito. A tal fin, estos sistemas debieran superar su carácter segmentado, que refleja patrones de discriminación propios de las sociedades en los que se insertan y constituye un gran obstáculo para la consecución de los objetivos de desarrollo. Por esta razón, se analiza la integración del financiamiento de los sistemas con el objeto de alcanzar niveles más elevados de solidaridad, evitar la selección de riesgos y progresar hacia coberturas equitativas aseguradas. Para cumplir con los objetivos de desarrollo del Milenio relacionados con la salud, también es indispensable una nueva articulación de la atención primaria en los sistemas de salud, a fin de garantizar la cobertura y el acceso universal a los servicios de manera integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, y adoptar medidas intersectoriales que abordan otros determinantes de la salud y la equidad. Por ello se reflexiona sobre el marco jurídico, institucional y organizativo y el despliegue óptimo de recursos humanos de salud requerido por este desafío de la atención primaria (OPS, 2007a; CEPAL, 2006).

Ser los únicos seres conscientes de nuestra finitud nos hace humanos, afirma Milan Kundera. Las dualidades nacimiento-mortalidad y salud-morbilidad son aspectos medulares de la vida humana. No obstante, como ha señalado la OMS desde hace varias décadas, la salud trasciende la ausencia de afecciones o enfermedades, ya que es un estado de completo bienestar físico, mental y social. Para encarar las vicisitudes de la salud son fundamentales tanto los sistemas de protección social como los factores socioeconómicos que en ella inciden. Hay componentes de la salud que son previsibles –por la exposición a ciertos factores de riesgo o por predisposiciones genéticas conocidas, por factores etarios y otros— y muchos otros que son inciertos; algunos de ellos pueden controlarse y otros no. De allí que para el bienestar de las personas y para el desarrollo social sea crucial la solidaridad, para que la salud de cada cual no quede librada a su destino individual, enfrentando la miríada de “los más variados y contradictorios riesgos personales y globales”, sino que esté ligada positivamente a la sociedad mediante este vínculo solidario, en un ámbito en que los riesgos no tienen un carácter natural sino que, como tantos otros, son también “desatados por las decisiones” y “generados sistemáticamente” (Beck, 1999, págs. 35 y 40). La calidad de vida y la salud dependen de distintos factores vinculados con las familias, las comunidades, el mercado y las políticas públicas; de allí que las políticas estén llamadas a actuar frente a esta interdependencia y a impugnar la discriminación.

En el campo de la salud, más allá de las oposiciones, los desafíos suponen una apuesta por conciliar derecho, oportunidades, solidaridad, eficiencia y cohesión social, en el plano de las personas y a escala de la sociedad. Son un llamado a crear relaciones virtuosas entre esta miríada de aspectos que hacen a la salud, para pasar de las posibilidades, los peligros y las ambivalencias de la biografía individual a las oportunidades del ciudadano, portador de derechos y deberes, en beneficio de la sociedad toda.

José Luis Machinea
Secretario Ejecutivo
Comisión Económica para
América Latina y el Caribe (CEPAL)

CAPÍTULO I

LA SALUD EN LA CARTA DE NAVEGACIÓN DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”

Preámbulo de la Constitución de la OMS ¹

América Latina y el Caribe entró al nuevo milenio con apreciables deficiencias en lo que respecta a construcción de ciudadanía. Pese a los esfuerzos realizados, la materialización de los derechos civiles y sociales de parte significativa de la población dista mucho de concretarse (CEPAL, 2000). De allí la importancia de que en septiembre de 2000, a partir de los acuerdos derivados de las conferencias mundiales de las Naciones Unidas sobre temas sociales, celebradas en la década anterior,² la comunidad internacional retomara la agenda de desarrollo con una visión integral, cuando 189 Estados Miembros de las Naciones Unidas —147 de ellos representados por Jefes de Estado y de Gobierno— firmaron un nuevo compromiso mundial para el desarrollo, reflejado en la Declaración del Milenio.

La Declaración del Milenio se ha convertido en la carta de navegación del sistema de las Naciones Unidas para apoyar a los Estados Miembros en los planos nacional, regional y mundial, y en su puesta en práctica se establecieron mecanismos de seguimiento y rendición de cuentas estables y homogéneos. Se trazaron metas cuantitativas y temporales y, a fin de facilitar la supervisión periódica de los progresos, se fijó 1990 como año de referencia para abarcar el decenio del ciclo social de las conferencias mundiales de la Organización.³ Estos mecanismos de seguimiento han sido objeto de exámenes periódicos para incluir metas o indicadores complementarios que no se contemplaron originalmente, tales como los relativos al mercado de trabajo (Grupo de Naciones Unidas para el Desarrollo, 2006). La idea es que la medición periódica permita cuantificar los logros e investigar sus causas, así como evaluar los esfuerzos adicionales requeridos para cumplir cabalmente con los compromisos adquiridos.

A partir de los acuerdos derivados de las conferencias mundiales de las Naciones Unidas sobre temas sociales celebradas en la década de 1990 se establecieron los fundamentos de una agenda de desarrollo basada en valores que dan nuevo sustento a las relaciones internacionales en el siglo XXI: libertad, igualdad, solidaridad, tolerancia, respeto por la naturaleza y responsabilidad común, pero diferenciada. Dicha agenda incluye compromisos que deberán cumplir sobre todo los países en desarrollo para alcanzar gradualmente la cobertura universal de los niveles mínimos de bienestar pero también los países desarrollados en cuanto a prestar apoyo a estos esfuerzos y abrir el camino para corregir las asimetrías internacionales en favor de los países en desarrollo. Se asume una visión integral del desarrollo que busca universalizar no solo los derechos civiles y políticos sino también los derechos económicos, sociales y culturales, sin discriminaciones ni exclusiones. Para poner en práctica este marco ético-político, la Declaración abarca múltiples temas de

¹ La Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) fue aprobada por la Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en Nueva York del 19 al 22 de junio de 1946 y firmada por los representantes de 61 Estados. Entró en vigor el 7 de abril de 1948.

² La Cumbre Mundial en favor de la Infancia (1990), la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo (1992), la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (1994), la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995), la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (1995) y la Conferencia de las Naciones Unidas sobre los Asentamientos Humanos (Hábitat II) (1996), entre otras.

³ Véase Naciones Unidas (2001). Asimismo, en Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2006) figuran una descripción completa y detalles técnicos sobre los indicadores.

interés colectivo, que se sintetizan en variados objetivos susceptibles de medir de acuerdo con una serie de indicadores establecidos.

En 2005 todos los organismos de las Naciones Unidas con presencia en América Latina y el Caribe, bajo la coordinación de la CEPAL, aunaron sus esfuerzos para lograr una visión sistemática, integrada y compartida de los objetivos de desarrollo del Milenio (Naciones Unidas, 2005). En esta oportunidad algunos de dichos organismos especializados, a saber, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Programa Mundial de Alimentos (PMA), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), nuevamente bajo la coordinación de la CEPAL y con el auspicio de otros organismos de las Naciones Unidas, han colaborado para revisar los logros en materia de los objetivos de desarrollo del Milenio relacionados con la salud y los obstáculos que se interponen a ellos, investigar sus causas y tratar de determinar los esfuerzos adicionales que es preciso realizar para cumplir cabalmente con los compromisos adquiridos.

La salud es un derecho social cuya base jurídica se expresa en diversas obligaciones que los Estados deben cumplir de conformidad con las convenciones, protocolos y declaraciones por ellos suscritos que establecen la salud como un derecho.⁴ A lo largo del tiempo se ha ido reconociendo cada vez más su entrelazamiento con otros aspectos del bienestar, puesto que su goce se relaciona con el disfrute del derecho a la alimentación, al saneamiento, al agua y a la vivienda, esto es, el derecho a un nivel de vida adecuado. El disfrute de la salud muestra, de manera ineluctable, la indivisibilidad y el entrelazamiento de varios derechos sociales, constelación que en la jerga de la salubridad o de la economía de la salud ha sido captada por el concepto de factores determinantes de la salud. De allí que en el presente informe también se consideren otros objetivos de desarrollo del Milenio y sus metas, en la medida en que sean determinantes de la salud. Por esta razón, se analizan aquellos vinculados a la indigencia, la desnutrición y el hambre, o el acceso a infraestructura social básica, como determinantes cruciales de la condición de salud de la población (véase el cuadro I.1). El hecho de que las disparidades en materia de salud dependan también de estos factores llama a encararlas mediante políticas integrales, no encasilladas en la dinámica de sectores sociales aislados y que logran actuar sobre la desigualdad de la distribución socioeconómica de la salud y de sus determinantes.

De acuerdo con una definición normativa ya clásica (Whitehead, 1991), las inequidades en materia de salud pueden definirse como aquellas diferencias que son innecesarias y evitables y, además, injustas. En este campo, muchas veces hay una lacerante distancia entre la igualdad jurídica y la desigualdad social, entre la titularidad formal de derechos y la ineficacia de las políticas públicas para garantizar que sean efectivos. De ahí que sea una tarea pendiente avanzar hacia la plena universalidad de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, para lo cual hay que conjugar el Estado de derecho con el respeto a las libertades, la representación política y el mayor acceso a oportunidades de bienestar, de uso productivo de las capacidades y de protección social. A diferencia de los derechos civiles y políticos, que se instauran a partir de una voluntad y un acto políticos, los derechos sociales tienen otras condiciones: son parte de un proceso, en la medida en que requieren que aumenten y mejoren los recursos humanos, físicos, institucionales y financieros a fin de poder pasar del de jure al de facto. En términos del financiamiento, por ejemplo, no es lo mismo determinar el nivel de beneficios que es preciso otorgar en el campo de los derechos sociales que establecer las garantías de libertad, privacidad o elecciones libres e informadas en el campo de los derechos civiles y políticos (CEPAL, 2007a).

⁴ Destacan entre ellas la Constitución de la OMS de 1946, la Declaración de Alma-Ata de 1978, el artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, el artículo 11 de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Cuadro I.1
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: OBJETIVOS Y METAS DE DESARROLLO DEL MILENIO
 ANALIZADOS EN EL PRESENTE INFORME**

Hacia la erradicación de la pobreza extrema		
Objetivo	Meta	Indicadores
Erradicar la pobreza extrema y el hambre	Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas cuyos ingresos sean inferiores a 1 dólar por día	Porcentaje de la población con ingresos inferiores a 1 dólar por día a paridad del poder adquisitivo (PPA) ^a
Hacia la erradicación del hambre		
Objetivo	Meta	Indicadores
Erradicar la pobreza extrema y el hambre	Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padezcan hambre	Niños menores de 5 años de peso inferior al normal Porcentaje de la población por debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria (FAO)
El derecho a la salud		
Objetivo	Meta	Indicadores
Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años	Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años	Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años Tasa de mortalidad infantil Niños de 1 año vacunados contra el sarampión
Mejorar la salud materna	Reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015	Tasa de mortalidad materna Partos con asistencia de personal sanitario especializado
Combatir el paludismo y otras enfermedades	Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves	Muertes asociadas al paludismo Población de zonas de riesgo de paludismo que aplica medidas eficaces de prevención y tratamiento del paludismo Tasas de prevalencia y mortalidad asociadas a la tuberculosis Casos de tuberculosis detectados y curados con el tratamiento breve bajo observación directa
Garantizar la sostenibilidad del medioambiente ^b	Reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas que carecen de acceso sostenible a agua potable y saneamiento básico	Acceso sostenible a mejores fuentes de abastecimiento de agua, urbana y rural

^a Meta medida de acuerdo con líneas de indigencia nacionales, basadas en el consumo de una canasta básica de alimentos.

^b No se hace seguimiento del objetivo ni de la meta, pero se realizan mediciones de necesidades básicas insatisfechas para varios países, relacionadas con el indicador.

En esa larga y a veces escarpada trayectoria, los objetivos de desarrollo del Milenio y sus indicadores marcan un “mínimo civilizatorio” de bienestar de todos los ciudadanos y establecen un derrotero y un plazo para abrir más oportunidades a quienes les han sido negadas. Son metas que permiten medir el avance hacia la compleja realización de algunos umbrales básicos de bienestar y que, como imperativo ético, llaman a reunir energías solidarias en la sociedad a fin de aplicar políticas públicas que permitan concretarlas. Así, forman parte del arsenal de la paz, que apunta a incluir a todos los ciudadanos en la dinámica del desarrollo económico y social de tal modo que puedan gozar del bienestar, y a frenar y superar las desigualdades mediante políticas públicas deliberadas. No hay soluciones uniformes, puesto que en cada país, y a lo largo del tiempo, hay que tener presentes los recursos disponibles y potenciales para su distribución, así como diversas restricciones de carácter económico y político.

La pobreza, la desnutrición y el hambre como factores determinantes de las condiciones de salud de la población obstaculizan el disfrute efectivo de la salud como derecho ciudadano. De ahí que haya sido fundamental revisar los avances y los obstáculos, tema que se aborda en el capítulo II. Por su parte, en el capítulo III se reseñan los avances hacia los objetivos y metas relacionados con la salud, mediante una descripción comparativa de su cumplimiento, a partir de los indicadores correspondientes. Con este fin se examinan la reducción de la mortalidad de los niños menores de cinco años, la mortalidad materna y la reducción de la incidencia del paludismo y de la tuberculosis. A continuación, el capítulo IV trata de las causas de la desnutrición crónica infantil y su distribución socioeconómica en siete países de la región y pone de manifiesto la necesidad de actuar sobre los factores socioeconómicos que los determinan y en materia de infraestructura social básica. En el capítulo V se consideran la estructura y la magnitud de los gastos en salud y los de carácter catastrófico, y la influencia de los desembolsos que realizan los hogares por concepto de salud en el empobrecimiento, como indicador sustitutivo de la provisión de servicios de salud; y de los sistemas de aseguramiento se destaca con preocupación el elevado número de hogares pobres de la región que carecen de cobertura y que no parecen estar en condiciones de efectuar gastos de su bolsillo con esta finalidad, aspectos que se dimensionan en el capítulo. En el capítulo VI se analizan los avances y limitaciones del gasto social en salud en la región, fundamentales para conocer el monto de los recursos de que ha dispuesto el sector salud y la prioridad relativa que se le ha atribuido y, en aras de nutrir las propuestas del presente informe, se indaga en los recursos financieros que serían necesarios para realizar un espectro de intervenciones sanitarias de índole preventiva y curativa. Finalmente, en el capítulo VII se analizan los desafíos planteados en los objetivos de desarrollo del Milenio a los actuales sistemas de salud y la trayectoria de las reformas introducidas en las últimas décadas, destacando la atención primaria de la salud y los sistemas de aseguramiento, y se ofrecen algunos principios y políticas orientadores en la materia, considerando aspectos tales como el incremento y mejora de los recursos humanos, físicos, institucionales y financieros.

Las principales conclusiones del trabajo ya fueron mencionadas en la presentación del libro. Cabe finalmente destacar que se asumió con gran minuciosidad el carácter de revisión periódica de los avances logrados. Las mediciones que dan sustento a los diversos análisis se han realizado acudiendo exhaustivamente a las fuentes más actualizadas, procesando nuevos datos e incursionando en formas de medición que pudieran arrojar nuevas luces sobre la materia. Asimismo, se intentó que la mirada analítica estuviese alerta y fresca ante los desafíos que, para bien y para mal, resurgen día por día y con ello también a lo largo del proceso de elaboración del informe, como es el caso de la inusitada alza del precio de los alimentos a escala mundial y en la región.

CAPÍTULO II

LA ERRADICACIÓN DE LA POBREZA EXTREMA Y DEL HAMBRE COMO MARCO DE LA SITUACIÓN EN MATERIA DE SALUD

La pobreza, la desnutrición y el hambre, como factores determinantes de las condiciones de salud de la población, son un obstáculo para el disfrute efectivo de la salud como derecho ciudadano. De allí que sea fundamental hacer una revisión —somera en algunos aspectos— de los avances y tropiezos hacia la consecución de estas dimensiones de los objetivos de desarrollo del Milenio.

1. EL AVANCE HACIA LA PRIMERA META DEL MILENIO

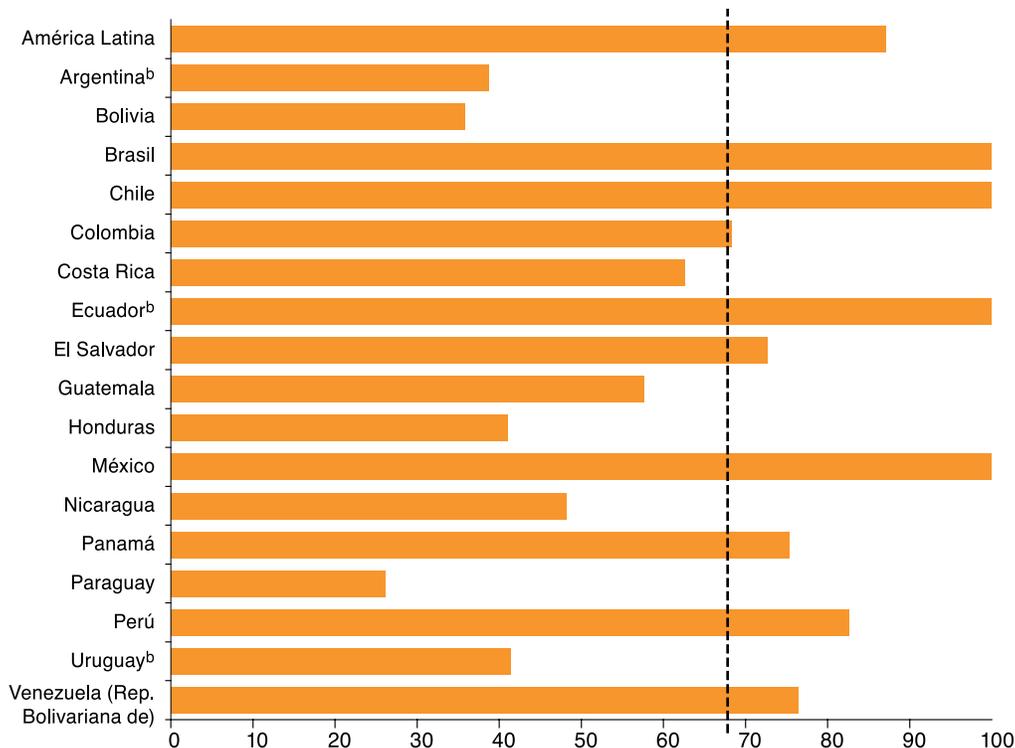
Cabe aclarar que, al igual que en el primer informe interinstitucional (Naciones Unidas, 2005), el siguiente análisis de la indigencia se realiza usando las líneas de indigencia que los países fijan, conforme al consumo de una canasta de alimentos de los hogares, y que también son adecuadas para hacer comparaciones entre los países. Por esta razón, no son comparables con mediciones de la primera meta de los objetivos de desarrollo del Milenio que se realicen con el equivalente a un dólar per cápita diario, en términos de paridad de poder adquisitivo (PPA).

De acuerdo con las proyecciones de la pobreza medida según los ingresos, en 2007 el 12,7% de los latinoamericanos eran indigentes. Comparado con el 22,5% que se encontraba en esta situación en 1990, había un 9,8% menos de personas indigentes. Transcurrido un 68% del período establecido, representa linealmente un avance del 87% hacia la consecución de la primera meta de desarrollo del Milenio (véase el gráfico II.1).

De continuar esta tendencia, la indigencia se podrá reducir en la región, de acuerdo con la meta propuesta para el año 2015. Sin embargo, al igual que casi en todos los ámbitos, las tendencias son singulares para cada país. Son positivas en un número apreciable de ellos, algunos de los cuales reúnen a un gran contingente de la población regional, y se destaca que Brasil, Chile, Ecuador y México habrán alcanzado la meta en 2007. Por su parte, Colombia, El Salvador, Panamá, Perú y la República Bolivariana de Venezuela habrán logrado un progreso similar o superior al esperado (68%). En cambio, aunque Argentina, Bolivia, Honduras, Nicaragua, Paraguay y Uruguay registran avances, están a menos de la mitad del camino. Respecto de ellos, el rezago de Costa Rica es menor (véase el gráfico II.1).

Lamentablemente —como se analizará más adelante en este mismo capítulo—, la creciente alza de los precios de los alimentos en el mundo plantea obstáculos para avanzar hacia la reducción de la indigencia en América Latina y el Caribe y pende sobre ella como espada de Damocles ya que, en ciertas circunstancias, puede provocar un rápido incremento de la pobreza extrema. Es decir, la creciente y difundida alza del precio de los alimentos a escala mundial puede marcar una inflexión de la tendencia hacia la reducción de la indigencia en la región, en la medida que representa un choque de ingreso que afecta desproporcionadamente a la población pobre y vulnerable. Como la indigencia se mide precisamente por la incapacidad de los hogares para consumir una canasta básica de alimentos, se incrementa cuando suben los precios pero los ingresos de los hogares no aumentan en forma proporcional.

Gráfico II.1
**AMÉRICA LATINA (17 PAÍSES): AVANCES EN LA REDUCCIÓN DEL NÚMERO DE PERSONAS
 INDIGENTES, 1990 Y 2007^a**
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

^a El porcentaje de avance se calcula dividiendo la reducción (o aumento) de la indigencia en puntos porcentuales observada en el período por la mitad de la tasa de indigencia de 1990. Las líneas punteadas representan el porcentaje de avance esperado para 2007 (68%). Los niveles de indigencia del año 1990 para Bolivia, Colombia, El Salvador, Guatemala, Nicaragua, Panamá y Perú se establecieron con interpolaciones de las mediciones próximas a dicho año. Los niveles del año 2007 son proyecciones a partir de la última medición disponible de cada país.

^b Áreas urbanas.

Debido a su impacto en la pobreza y la indigencia, es fundamental que mejoren tanto el desempeño de las economías de los países como el reparto de los frutos del desarrollo. Pero, como es sabido, las insuficiencias educativas y los escasos activos de que disponen los pobres, así como las mayores dificultades con que tropiezan para desarrollar sus capacidades y destrezas, determinan que su inserción laboral sea precaria y en ocupaciones de baja productividad que restringen sus oportunidades de ingresos a lo largo de su vida laboral. Así, durante el período analizado, destaca que —con las excepciones de Chile, Brasil y las áreas urbanas de Ecuador— el incremento de los ingresos laborales por persona ocupada no ha beneficiado a las familias más pobres. Por lo general, los estratos pobres se han visto favorecidos más bien por aumentos correspondientes a ingresos no laborales vinculados a remesas, transferencias monetarias estatales y de otras fuentes. En este caso, las remesas son un factor exógeno que interactúa con la pobreza (CEPAL, 2007b) y que en el contexto actual de la economía mundial ya se están reduciendo y pueden seguir su tendencia descendente en los próximos años.

Aunque continúa siendo más alta que en otros grupos de ingreso, la fecundidad de las familias pobres también ha disminuido. Este llamado “bono demográfico” ha favorecido una creciente inserción de las mujeres en el mercado laboral, que ha sido determinante para disminuir la pobreza. Sin embargo, para encarar las dicotomías entre el trabajo de cuidado en el ámbito doméstico y la inserción laboral, y dada la excesiva participación femenina en los empleos precarios, se requieren políticas que permitan incrementar el empleo de las mujeres y velar por su calidad, sobre todo en el caso de madres de niños más pequeños. Vitales serán al respecto la disponibilidad de servicios públicos más amplios en el ámbito del cuidado y la introducción de cambios culturales que permitan redistribuir las cargas del cuidado dentro de las familias. Ello permitiría, asimismo, mantener una fecundidad beneficiosa para estas y la sociedad en su conjunto (CEPAL, 2007a).

Sin embargo, junto con la evolución de la pobreza medida por ingresos, cabe analizar otros aspectos de las condiciones de vida de la población. Las personas sufren mayor morbilidad o mortalidad no solo en función de su carga genética o de su acceso a servicios de salud, sino también de numerosas circunstancias sociales y económicas. De allí que en este informe sea pertinente analizar también la extrema pobreza medida por necesidades básicas insatisfechas (NBI), en aras de reflejar algunas condiciones que son importantes para la salud. Conforme a esta medición, las personas que no pueden satisfacer tres o más tipos de necesidades básicas se clasifican en situación de pobreza extrema por NBI, que no debe confundirse con la indigencia, que se mide por el ingreso y que ya se expuso.¹

Como puede apreciarse en el cuadro II.1, alrededor de 2005 poco más del 10% de los habitantes de la región vivían en condiciones habitacionales y familiares que no les permitían satisfacer un conjunto básico de necesidades de abrigo y de protección frente al medio ambiente. Ello difiere notablemente de un país a otro y también entre residentes en zonas urbanas y rurales. Por ejemplo, mientras que en Bolivia, Guatemala, Nicaragua o Perú los niveles de insatisfacción de las NBI superan el 35% de la población, en Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica o Uruguay menos del 5% de los habitantes sufren estas privaciones. Por otro lado, las condiciones habitacionales y de acceso a servicios básicos (agua potable, saneamiento, luz eléctrica) son mucho más precarias en las zonas rurales y la inversión pública que se requiere para mejorarlas es significativamente mayor debido a la gran dispersión de los hogares en el territorio o bien a la lejanía respecto de las redes públicas o privadas de servicios. De allí que, si bien en la región un 4,5% de las personas están afectadas por la extrema pobreza según el método NBI, en las zonas rurales esta cifra alcanza cerca del 30%. Y en los países más pobres a escala nacional y que tienen un mayor porcentaje de población rural, la brecha es mucho mayor: 20% frente a 76% en Bolivia; 17% frente a 61% en Guatemala; 28% frente a 78% en Nicaragua y 14% frente a 77% en Perú.

¹ Tradicionalmente la unidad de la medición NBI eran los hogares. Para sintonizar con la medición de la pobreza según el ingreso hecha a escala de las personas, esta medición de NBI también tiene como unidad a las personas.

Cuadro II.1
AMÉRICA LATINA (16 PAÍSES): PERSONAS EN SITUACIÓN DE POBREZA EXTREMA SEGÚN MÉTODO DE NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS (NBI)^a Y CON PRIVACIONES EN INDICADORES NBI RELACIONADOS CON LA SALUD, ALREDEDOR DE 2005
(En porcentajes)

País ^b	Año	Extrema pobreza			Necesidades básicas relacionadas con la salud ^c		
		Total nacional	Área geográfica		Total nacional ^d		
			Urbana	Rural	Piso de la vivienda	Acceso a agua potable	Sistema de eliminación de excretas
Argentina	2006	...	2,0	...	1,5	1,2	13,9
Bolivia	2004	40,9	19,8	76,1	36,5	33,1	46,8
Brasil	2006	4,4	2,3	14,9	...	14,8	26,1
Chile	2006	1,5	0,5	8,4	7,8	3,7	6,7
Costa Rica	2006	1,6	0,7	3,0	1,9	3,6	4,6
Ecuador	2002	...	7,2	...	5,6	10,6	17,0
El Salvador	2004	22,8	10,4	41,3	22,9	24,4	11,6
Guatemala	2004	41,2	17,3	61,3	39,6	13,2	54,9
Honduras	2006	25,8	8,7	40,0	25,8	15,5	26,2
México	2006	8,3	3,2	17,3	7,8	9,0	17,5
Nicaragua	2001	49,0	28,3	77,9	44,9	41,0	49,5
Paraguay	2005	21,3	7,4	40,4	16,4	31,2	35,2
Perú	2003	35,9	13,9	77,2	42,6	27,3	39,2
República Dominicana	2006	9,9	5,9	17,3	2,5	28,2	37,0
Uruguay	2005	...	0,9	...	...	1,9	6,6
Venezuela (Rep. Bol. de)	2006	7,7	...	...	7,0	9,4	8,7
América Latina	c. 2005	10,3	4,5	29,4	14,6	13,8	23,7

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

- ^a Se consideran en extrema pobreza a las personas que no satisfacen tres o más necesidades básicas. Los indicadores incluidos son:
- Calidad de la vivienda: material de muros, del techo y del piso.
 - Acceso a agua potable en la vivienda o dentro del terreno o edificio donde se ubica.
 - Acceso a saneamiento: sistemas de eliminación de excretas con inodoro o escusado conectado a algún sistema de evacuación.
 - Acceso a luz eléctrica de red pública, privada o por generadores.
 - Hacinamiento: menos de tres personas por pieza.
 - Acceso educativo: niños entre 7 y 12 años que asisten a un establecimiento educativo.
 - Capacidad de consumo de los hogares: razón entre el total de miembros del hogar y el total de ocupados del hogar igual o menor a 3 y jefe de hogar con 6 o más años de estudio (zonas urbanas) o 4 o más años de estudio (zonas rurales).
- ^b Para la estimación de Argentina no se dispuso de los indicadores de material de los muros y de acceso a luz eléctrica; en Brasil no se incluye el material del piso; en la estimación de Costa Rica, Guatemala y República Dominicana no se consideró el acceso a luz eléctrica; Ecuador no incluye material de los muros ni del techo; en El Salvador y República Bolivariana de Venezuela no se incluye material del techo, y en Uruguay no se consideró la calidad de la vivienda ni el acceso a luz eléctrica.
- ^c Porcentaje de personas que habitan viviendas con piso de tierra, en viviendas o terrenos sin acceso a agua potable, en viviendas sin sistemas de eliminación de excretas (pozos negros, ríos, manantiales o similares).
- ^d Zonas urbanas de Argentina, Ecuador y Uruguay.

En el cuadro II.1 se explicitan también algunos indicadores específicos que componen el índice NBI y que están relacionados más directamente con los riesgos en salud, en particular, el porcentaje de personas que residen en viviendas con piso de tierra, sin acceso a agua potable residencial o sin mecanismos de eliminación de excretas que incluyan sistemas de evacuación salubres. A nivel regional, alrededor del 15% de las personas residen en viviendas con piso de tierra, el 14% no tiene acceso a agua potable en su residencia y el 24% no posee sistema de eliminación de excretas adecuado. Todas estas condiciones habitacionales son vectores de morbilidad o mortalidad por enfermedades infecto-contagiosas, difíciles de controlar aun contando con acceso a los servicios de salud. Al igual que en otros planos, los contrastes nacionales y territoriales son muy grandes y muestran la gravedad que pueden alcanzar estas privaciones en algunos casos y los notables logros de algunos países como Argentina, Costa Rica y otros.

2. TENDENCIAS DEL HAMBRE Y LA DESNUTRICIÓN EN LA REGIÓN

a) La oferta tradicional de alimentos y la subnutrición

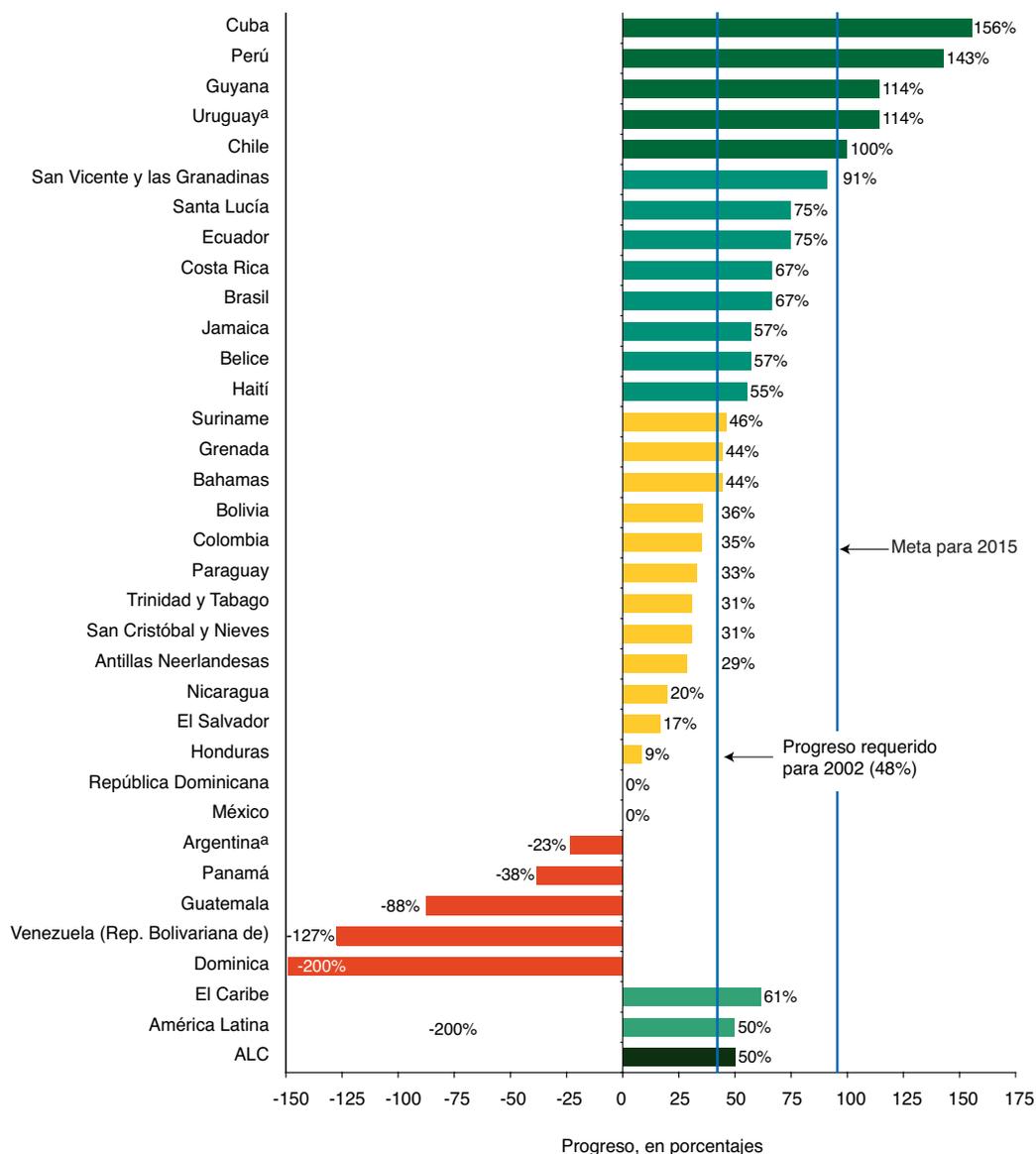
Vista a escala mundial, la oferta de alimentos en la región es medianamente alta. Pero la capacidad de satisfacer la demanda potencial de alimentos difiere de manera significativa según el nivel de desarrollo, la productividad agrícola de las economías y los ingresos de la población. La inseguridad alimentaria y nutricional y la desnutrición reflejan claramente las desigualdades socioeconómicas que caracterizan a la región. Así, a pesar de que la producción regional de alimentos para consumo humano excede en un 30% los requerimientos de su población, 53 millones de personas no cuentan con alimento suficiente, el 7% de los niños y niñas menores de cinco años de edad tienen bajo peso para su edad y la talla del 16% es inferior a la que corresponde a la edad. Además de coartar el efectivo disfrute de los derechos ciudadanos, el hambre y la desnutrición tienen efectos permanentes en el desarrollo físico y psicomotor y son uno de los principales mecanismos de transmisión intergeneracional de la pobreza y la desigualdad.

Al analizar la inseguridad alimentaria en la región son clave las diferencias entre los países y en el seno de ellos. De acuerdo con informaciones de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), a principios de la actual década la productividad agrícola de la región era de 3.307 dólares per cápita, pero en Haití y Honduras no alcanzaba siquiera a la mitad de esa cifra. Por otro lado, entre 1990 y 2002, el suministro de energía alimentaria (SEA) en Argentina, Brasil y México superó las 3.000 kilocalorías diarias por persona, mientras que en Guatemala, Haití y parcialmente en Nicaragua fue inferior a 2.200 kcal, lo cual es apenas suficiente para satisfacer el requerimiento mínimo, pero a expensas de una alta vulnerabilidad. Por último, la población subnutrida —es decir, cuyo acceso a alimentos era insuficiente— se concentraba principalmente en Brasil (15,6 millones), Colombia (5,7 millones), México (5,2 millones), la República Bolivariana de Venezuela (4,3 millones) y Haití (3,8 millones).²

Sin embargo, cinco países ya redujeron a la mitad el porcentaje de personas que sufren hambre al año 2015 y ocho han avanzado de manera equivalente o superior en el tiempo transcurrido. Pero cuatro registran retrocesos significativos y en 14 el avance es nulo o insuficiente, lo que permite estimar que en algunos casos no será posible alcanzar la meta propuesta y menos aún cumplir con otros compromisos internacionales más exigentes en la materia (véase el gráfico II.2).

² Para mayor información, véase FAO (2004).

Gráfico II.2
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (32 PAÍSES): AVANCES HACIA EL LOGRO DE LA META
 EN MATERIA DE SUBNUTRICIÓN, 2001-2003**
 (En porcentajes)



Fuente: Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), *Estado de la inseguridad alimentaria en el mundo, 2004*, Roma, 2004.

^a Sector urbano.

La información disponible permite concluir que, al igual que en otros ámbitos del desarrollo social de la región, las desigualdades socioeconómicas de la población, junto con riesgos derivados de desastres naturales, de choques de ingreso vinculados a alzas extraordinarias de alimentos, de conflictos sociales y armados o ambos (véase el recuadro II.1), son factores cruciales de la vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria.

Recuadro II.1
LA VULNERABILIDAD DE LA POBLACIÓN COLOMBIANA DESPLAZADA

El registro oficial del Gobierno de Colombia contabiliza 2.169.874 personas que han debido desplazarse forzosamente, cifra equivalente al 5% de la población colombiana y segunda en magnitud en el mundo, después de Sudán (Red de Acción Social, 3 de septiembre de 2007). El desplazamiento afecta casi por igual a mujeres y hombres (un 48% y un 52%, respectivamente), el 63% de los cuales están en la edad más productiva —lo que tiene un fuerte impacto en las tasas de desempleo de los municipios receptores—, mientras que el 32% son menores de 14 años y el 5,4% mayores de 60 años. El alto número de dependientes, sumado a las malas condiciones laborales en el lugar de recepción, dificulta la generación de ingresos de los hogares. Además, tras el desplazamiento, algunos grupos son más vulnerables: las minorías étnicas, que representan el 8,2% de los desplazados, son un claro ejemplo.

En el lugar receptor aumenta el desempleo y disminuye la capacidad de generar ingresos (las personas perciben un 46% menos que en los lugares de origen). A pesar de que están liberados del pago de pensiones y matrículas, disminuye la escolaridad de los niños y niñas mayores de 12 años, que se ven obligados a obtener ingresos para el hogar; no así la de los menores de 11, gracias a la mayor cobertura educativa en los centros urbanos.

En relación con los servicios de salud, su mayor oferta en las áreas urbanas y las obligaciones impuestas por la Ley 387 de 1997 permiten que la cobertura aumente respecto del municipio de origen (74% contra 53%) e incluso supere la de la población pobre urbana que no es desplazada (54,3%).^a Ello parece ser resultado de las políticas públicas diseñadas con este fin: la inscripción en el Registro Único de Población Desplazada (RUPD) es el único requisito para tener derecho automático a cobertura en el Régimen Subsidiado de Salud, con prioridad sobre otros grupos vulnerables.

Si bien cerca del 71% de los hogares desplazados están registrados en el RUPD, solo el 56% de los inscritos recibe ayudas tales como acceso a vivienda y subsidio de ingreso (Ibáñez y Velásquez, 2006). Si a ello se suma el contingente de desplazados no inscritos, se estima que más del 86% de estos —equivalente a casi 600.000 hogares y 2.644.264 personas— no recibe este tipo de asistencia.

A pesar de estar cubierta por el Programa Familias en acción,^b de acuerdo con un estudio del Programa Mundial de Alimentos (PMA), la población desplazada no satisface sus necesidades nutricionales: logra una ingesta calórica de 350 kcal inferior al mínimo requerido, debido básicamente al tamaño medio de las familias y a la imposibilidad de tener acceso a tierras para cultivos de autoconsumo, como era su tradición en las zonas rurales de origen.

La jefatura femenina, ocasionada por la muerte o desaparición del hombre que encabeza la familia, aumenta significativamente la vulnerabilidad: mientras el 28% de los hogares con jefatura masculina accede a vivienda propia en el municipio receptor, la cifra disminuye al 13% cuando la jefatura es femenina. La vulnerabilidad también aumenta por el mayor número de dependientes de estos hogares.

La ayuda estatal a las familias desplazadas se divide en dos fases. La “humanitaria y de emergencia” atiende sus necesidades de alimentación, hospedaje, salud y transporte durante los tres primeros meses del desplazamiento; la de “estabilización socioeconómica”, por su parte, debe ayudar a que recuperen su independencia económica, entre otros, mediante programas de generación de ingresos, capacitación laboral y microcréditos. Sin embargo, la ayuda se ha concentrado en la primera etapa y los “programas de estabilización” han sido poco eficaces debido a presupuestos deficitarios, falta de voluntad política y escaso conocimiento de las necesidades y condiciones particulares de la población desplazada. Por otra parte, llama la atención que la reglamentación del Fondo de Solidaridad Pensional del Instituto Colombiano del Seguro Social no contemple disposiciones respecto de los desplazados.

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de A.M. Ibáñez y A. Velásquez (consultoras), “El impacto del desplazamiento forzoso en Colombia: condiciones socioeconómicas de la población desplazada, vinculación a los mercados laborales y políticas públicas”, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2008, inédito.

^a La Ley 387 de 1997 reglamenta la asistencia a la población desplazada. Respecto de la atención en salud, estipula que la población desplazada tiene acceso al régimen subsidiado desde el momento en que se inscribe en el RUPD.

^b Iniciativa del gobierno nacional en virtud de la cual los niños menores de 7 años reciben un subsidio de nutrición y los que tienen entre 7 y 18 años que pertenezcan a las familias del nivel 1 del SISBEN reciben un subsidio escolar.

b) Tendencias de la desnutrición

En la región hay una alta disparidad entre países y en el seno de cada uno de ellos respecto de la desnutrición infantil: algunas localidades y regiones presentan situaciones incluso más críticas que países del África subsahariana, mientras que en otras es similar a la de países desarrollados. Entre los grupos más vulnerables se cuentan los pobres, los indígenas³ y aquellos en que la madre tiene un bajo nivel educacional. Sumado a otros factores, reviste importancia el hecho de que residan en zonas rurales, si bien grandes contingentes de población desnutrida viven en la periferia de las grandes ciudades.

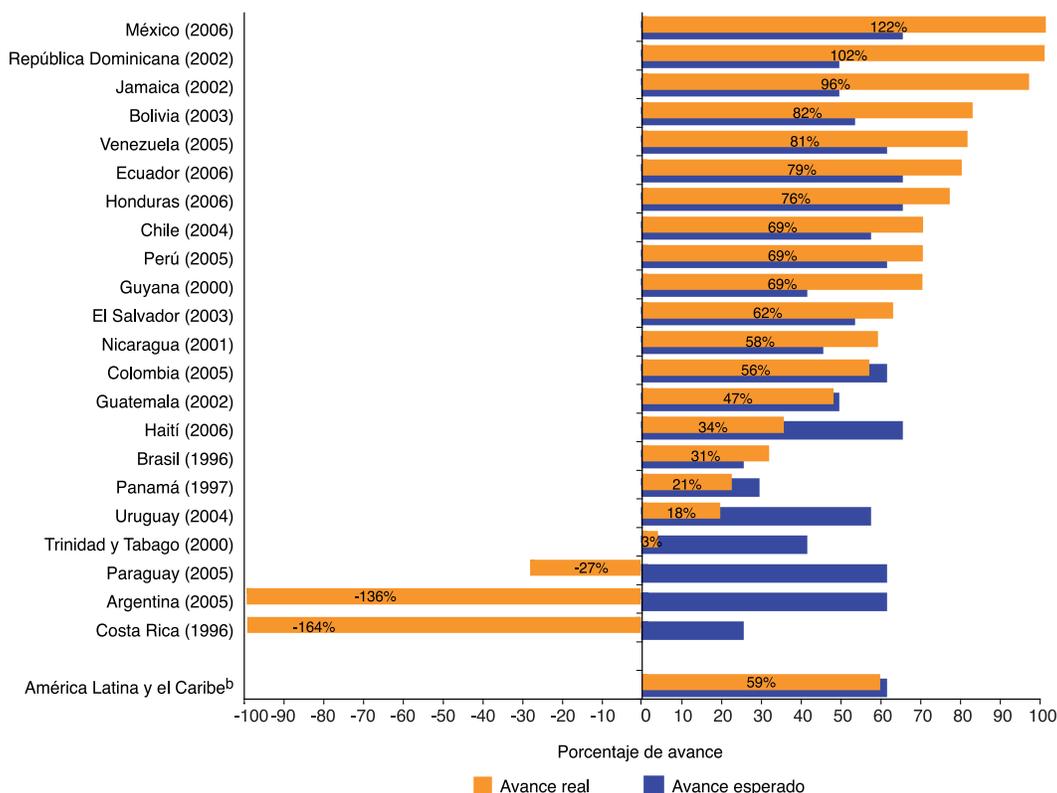
La desnutrición crónica, es decir, la baja talla para su edad de niños y niñas menores de 5 años, es un sello característico de la región, particularmente de América Latina. Aun cuando se ha reducido de manera sostenida en las últimas décadas, alrededor del año 2002 su prevalencia duplicaba la tasa de desnutrición global o insuficiencia ponderal (15,6% contra 7,3%) y afectaba a 8,8 millones. Casi la mitad de los niños guatemaltecos, cerca del 25% de los hondureños, ecuatorianos, bolivianos y peruanos, y alrededor de un quinto de los niños haitianos, nicaragüenses, salvadoreños y panameños se encuentran en esta situación. En comparación con el inicio de la década de 1990, los avances son significativos: en 2002 la prevalencia de la desnutrición crónica se redujo del 19,1% al 15,6%. Sin embargo, en el caso del bajo peso, en Panamá y Argentina se han producido retrocesos importantes respecto de las tendencias. En doce países se registran mejoras levemente superiores al promedio, mientras que solo República Dominicana, Jamaica, Chile y Uruguay mejoraron más del 40% en el período. Resalta el caso de Guatemala que, aunque ha progresado, sigue encontrándose en la peor situación, con una tasa casi 18 veces superior a la prevista para una población normal (2,5%). México y Brasil se sitúan en el centro de la distribución, ya que concentran el 43% del total de casos, y si se les suman Guatemala, Perú, Colombia y Argentina, la proporción se eleva al 74% (Naciones Unidas, 2005).⁴

En cuanto a la insuficiencia ponderal (bajo peso para la edad) o desnutrición global, que es el indicador de seguimiento de los objetivos del Milenio relacionado con el hambre, la región registró mejoras entre los períodos 1988-1991 y 2000-2002. Sin embargo, 4,1 millones de niños y niñas sufren de desnutrición global y su prevalencia es elevada en muchos países, particularmente en Guatemala, San Vicente y las Granadinas, Haití, Honduras, Guyana, Suriname, Ecuador y El Salvador, donde entre el 10% y el 23% de los niños y niñas menores de cinco años la sufren. El mayor número de casos se concentra en Brasil, México, Guatemala, Colombia, Haití y Perú, países que reúnen el 73% (véase el gráfico II.3).

³ Lamentablemente, los datos de las encuestas de demografía y salud (DHS) que pudieran arrojar luces sobre la desnutrición por grupos étnicos son escasos y poco confiables. En las encuestas de Bolivia y Perú se pregunta si las madres de los niños hablan ciertas lenguas, dato que no permite medir pertenencia a un grupo étnico, ni siquiera como aproximación. Sin embargo, cabe mencionar lo que arrojan datos parciales o poco sólidos en cuanto a la definición de la categoría étnica. En Bolivia (2003) la desnutrición crónica entre los niños de madres que hablan quechua como primera lengua era del 30,2%, entre los que hablan aymara el 24,8%, entre los que hablan guaraní el 19,3%, entre los que hablan otras lenguas aborígenes el 32,1% y entre los que no hablan lenguas aborígenes un 17,7%; en Ecuador (2004), la desnutrición crónica a nivel nacional era del 23,2%, mientras que la prevalencia entre los indígenas se elevó al 46,9%; en Panamá (2003), la tasa de desnutrición crónica a nivel nacional era del 20,6% y en la población rural indígena ascendía al 56,6%; en Guatemala (2002) la variable étnica medida por observación del encuestador o encuestadora mostraría que la prevalencia de desnutrición crónica entre los niños y niñas indígenas era del 69,5% y la de los ladinos del 35,7%.

⁴ Las cifras se presentan según las normas del Centro Nacional de Estadísticas de la Salud (NCHS). Es posible que los nuevos patrones de crecimiento infantil (*Child Growth Standards*) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), formulados en su estudio multicéntrico sobre el patrón de crecimiento (*Multi Centre Growth Study*) las modifiquen levemente. Véase el sitio oficial de la OMS [en línea] www.who.int/childgrowth/en/.

Gráfico II.3
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (22 PAÍSES): AVANCES HACIA LA META EN MATERIA DE
 DESNUTRICIÓN GLOBAL EN MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD, 1990 Y 1996-2006 ^a**
 (En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de cifras procedentes de la Base de Estadísticas e Indicadores Sociales (BADEINSO) [en línea] www.eclac.cl/badeinso/Badeinso.asp; Naciones Unidas, base de datos de indicadores del Milenio [en línea] (http://millenniumindicators.un.org/unsd/mispa/mi_goals.aspx); Opinion Research Corporation - ORC Macro, *Demographic and Health Surveys (DHS)* (www.measuredhs.com); Banco Mundial, World Development Indicators (WDI) [base de datos en línea] www.worldbank.org/data/onlinebases/onlinebases.html; y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Global Database on Child Malnutrition [en línea] www.childinfo.org/eddb/malnutrition/index.htm.

^a Se refiere a la cifra disponible más reciente de cada país respecto de la desnutrición entre 1996 y 2006.

^b Promedio ponderado de la prevalencia en los países.

Los países latinoamericanos y caribeños han dado significativos pasos respecto de la desnutrición global (véase el gráfico II.3). Lamentablemente, los últimos datos oficiales disponibles de los países impiden una comparación cabal; a partir de ellos se establece un promedio regional. El promedio regional oculta la insuficiencia de algunos avances en Trinidad y Tabago, Haití, Uruguay, Panamá y Guatemala. Incluso en países cuyas tasas de desnutrición global a comienzos de los años noventa eran cercanas al 5%, hubo importantes retrocesos; es el caso de Costa Rica en 1996 y Paraguay en 2005.⁵ En Argentina se produjo un notable retroceso, según la cifra de 2005. El avance estimado del 31% de Brasil refleja exclusivamente el limitado período examinado (1990-1996), que no ha podido ser actualizado. Por su parte, México y República Dominicana ya alcanzaron la meta y Jamaica lo hará en breve. La República Bolivariana de

⁵ Cabe recordar que en Argentina, Panamá y Honduras también se dan avances o retrocesos de la subnutrición.

Venezuela, Bolivia, Ecuador y Honduras han logrado más del 75% del progreso requerido, y probablemente lograrán la meta antes de 2015. Finalmente, los avances registrados en Chile, Perú, Guyana, El Salvador, Nicaragua y Colombia han equiparado o superado el mínimo previsto entre mediciones, lo que permite esperar que —salvo el caso de grandes crisis económicas o alimentarias, desastres naturales o suspensión de las actuales políticas y programas— podrían alcanzar la meta.

Por otro lado, el 9% de los niños tiene bajo peso para su edad. Las tasas más críticas son las de Honduras (14%), Ecuador (16%) y, particularmente, Haití (21%) y Trinidad y Tabago (23%). Los dos últimos casos superan incluso los niveles encontrados al sur del Sahara. Por el contrario, los niveles de Chile, Cuba y Belice (6%) son inferiores a los de naciones industrializadas.

Las deficiencias de micronutrientes —vitaminas y minerales—, conocidas también como “hambre oculta”, constituyen un grave problema nutricional.⁶ Las relacionadas con el hierro y la vitamina A y, en menor medida, las de yodo son las más frecuentes y mejor registradas. La anemia ferropriva —es decir, por deficiencia de hierro— es una carencia muy extendida, sobre todo entre los niños menores de dos años y las mujeres embarazadas (véase el cuadro II.4). A modo de ejemplo: en Bolivia, el 83,8% de las niñas y niños menores de dos años; el 51,6% de las niñas y niños menores de 5 años; y el 37% de las mujeres embarazadas sufren de anemia (Bolivia, 2007). Por su parte, en Perú, el año 2005 los mismos grupos vulnerables registraron índices de 66,0%, 50,4%, y 42,7% respectivamente (Perú, 2005). En Guatemala, padecían de ella el 55,0% de las niñas y niños menores de dos años, el 39,7% de los menores de 5 y el 22,1% de las embarazadas (Guatemala, 2002). Haití, con 83,3%, tiene junto con Bolivia la tasa más elevada de anemia en los menores de dos años y en el caso del grupo de menores de 5 años ocupa el último lugar en la región, con el 65,8% (Haití, 2001).

Respecto de la deficiencia de vitamina A, si bien en la mayoría de los países no constituye un problema de salud pública a escala nacional, la situación es grave en el caso de los niños y las mujeres indígenas. Por ejemplo, en Panamá, en todo el país era de apenas el 1,8% en las niñas y niños menores de cinco años, pero en las comarcas indígenas se elevaba al 23,6% en el mismo grupo etario (Panamá, 1999). En cuanto al cinc, la información sobre la magnitud de esta deficiencia es insuficiente no solo en la región sino en todo el mundo, debido a que es difícil medirla (Sanghvi y otros, 2007, p. 28). Sin embargo, como lo revelan estudios parciales realizados en algunos países, es muy probable que el problema sea tan serio como la anemia por deficiencia de hierro.⁷ Esta alta probabilidad obedece a que los mismos alimentos proveen tanto el hierro como el cinc; además, la deficiencia de este último se vincula directamente con la baja talla y las infecciones frecuentes y graves.⁸

Otro micronutriente importante —respecto del cual no hay estudios nacionales en los países de la región— es el ácido fólico, cuya carencia se asocia con malformaciones congénitas del sistema nervioso central, que constituyen una de las principales causas de mortalidad neonatal (UNICEF, 2005, 2006a y 2007a). Por su parte, afortunadamente, el control de la deficiencia de yodo ha ido aumentando gradualmente en la mayoría de los países, acercándose al consumo universal de la sal adecuadamente yodada

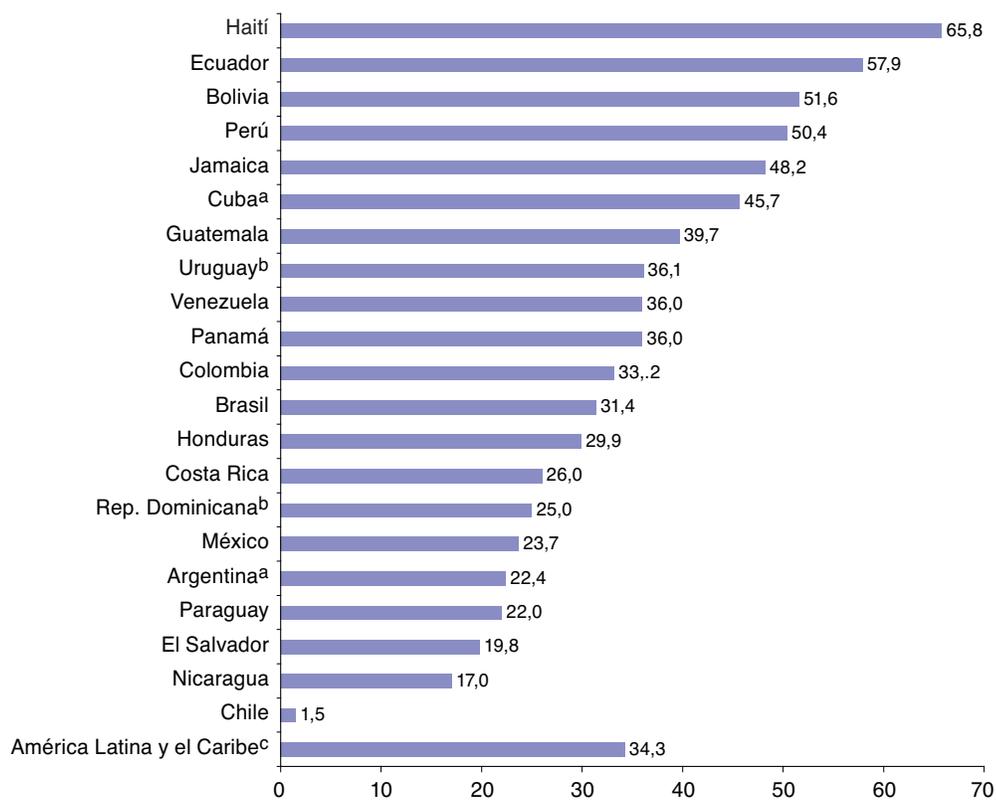
⁶ El sistema de información sobre la ingesta de vitaminas y minerales de la OMS (*Vitamin and Mineral Nutrition Information System*) toma las cifras nacionales que a continuación se indican.

⁷ Lo muestran estudios parciales y registros hospitalarios de los países. En Panamá, en las provincias de Mironó y Santa Fé; en Guatemala, para Alta Verapaz en 2005. En Argentina, la Encuesta nacional de nutrición de 2004 y el Plan Federal de salud y nutrición. También la Unidad de información en salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) de El Salvador, correspondiente a 2002-2004. Según las encuestas de demografía y salud de varios países, una de las causas principales de mortalidad neonatal son las malformaciones congénitas.

⁸ Según el Grupo consultivo internacional de zinc (IZiNC), en reuniones de Lima en 2005, y en Estambul en 2007.

(véase el cuadro II.5).⁹ No obstante, en cuatro países el consumo de sal yodada no ha mejorado en los últimos años y cada uno, en niveles muy diversos, se encuentra muy lejos de la norma: Haití, Trinidad y Tabago, República Dominicana y Guatemala, con el 1%, el 11%, el 18% y el 67%, respectivamente. En El Salvador el consumo se deterioró significativamente en el último año (62%) en relación con años anteriores, cuando superaba el 80% (UNICEF, 2007a).

Gráfico II.4
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (21 PAÍSES): PREVALENCIA DE LA ANEMIA (HB < 11G/DL)
 EN NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS**
 (En porcentajes)



Fuente: Programa Mundial de Alimentos (PMA), sobre la base de información de la Organización Mundial de la Salud (OMS), *Vitamin and Mineral Nutrition Information System (VMNIS)* y últimas encuestas nacionales de Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Paraguay y República Bolivariana de Venezuela.

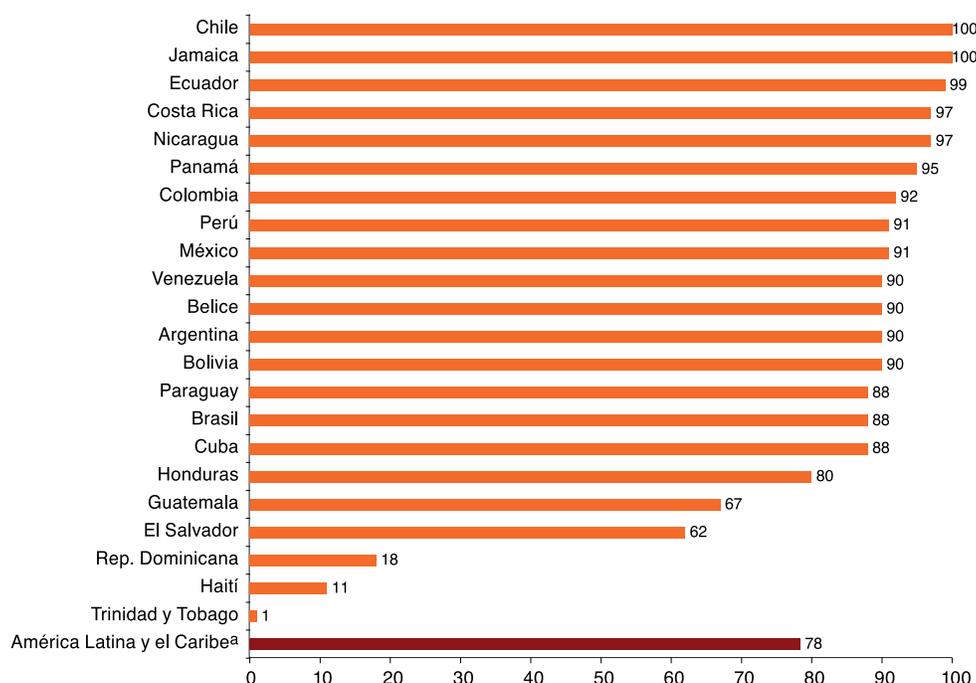
^a Niños y niñas menores de 24 meses de algunas localidades del país.

^b Niños y niñas de algunas localidades del país.

^c Promedio simple de 21 países.

⁹ Se considera universal cuando más del 95% de los hogares consumen sal con contenido de yodo igual o superior a 15 partes por millón (15 ppm).

Gráfico II.5
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (22 PAÍSES): CONSUMO DE SAL ADECUADAMENTE YODADA
 (15 PPM O MÁS) EN LOS HOGARES**
 (En porcentajes)



Fuente: Programa Mundial de Alimentos (PMA), sobre la base de datos del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), *Estado mundial de la infancia*, 2007, Nueva York, 2007.

^a Promedio simple de 22 países.

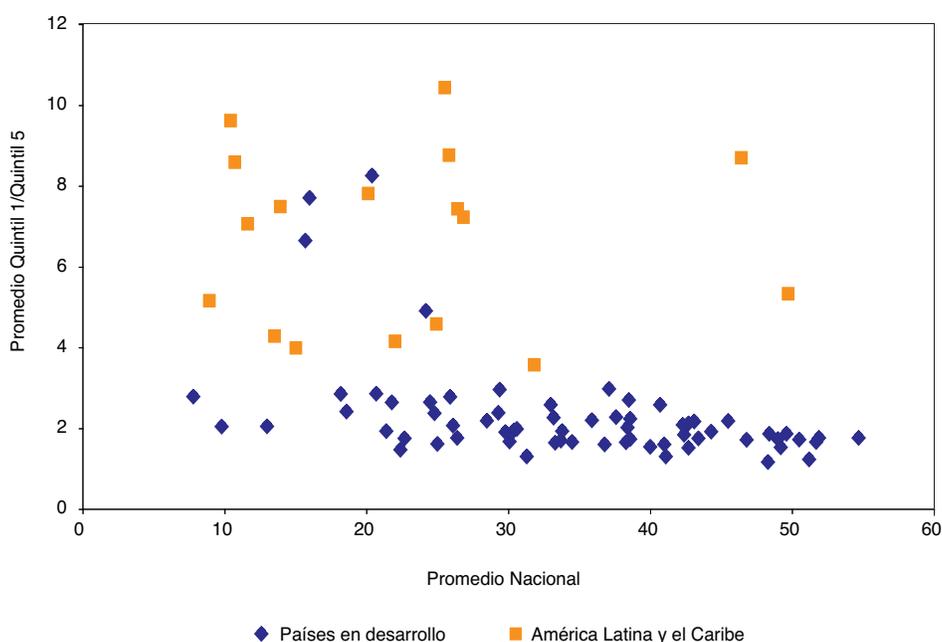
c) Comparación internacional de la desigualdad en materia de desnutrición

Si bien la población pobre es más vulnerable a la desnutrición, ambos fenómenos no deben confundirse (CEPAL 2004; León y otros 2004). Tampoco hay una relación unívoca entre el nivel de la desnutrición infantil y su distribución socioeconómica. Es así como realizando comparaciones a nivel internacional con otros países en desarrollo, se comprueba que hay países con altos niveles de desnutrición crónica —baja talla para la edad en niños y niñas menores de cinco años— pero cuya distribución socioeconómica tiene una baja desigualdad relativa, patrón que puede denominarse de “privación masiva”. En cambio, en otros, la prevalencia de la desnutrición es relativamente baja pero se concentra fuertemente en los estratos socioeconómicos más bajos, patrón que puede denominarse de “exclusión social” (Paraje, 2008).¹⁰ Ambos fenómenos están presentes en los países en desarrollo, pero en la región prevalece la última modalidad.

¹⁰ Se basa en mediciones hechas con encuestas de demografía y salud (DHS), que proporcionan información sobre el uso de ciertos activos físicos, condiciones de habitabilidad de la vivienda y de acceso a ciertos servicios de los hogares. A partir de esta información y aplicando la metodología de Filmer y Pritchett (2001), basada en el análisis de componentes principales, pudo construirse un índice del “bienestar material” o de la “riqueza material”, con el cual se ordenaron y estratificaron los hogares y las personas según su situación “socioeconómica”.

Como se observa en el gráfico II.6 relativo a la desnutrición crónica infantil, 17 de las 21 observaciones que figuran con mayores niveles de desigualdad corresponden a América Latina y el Caribe, lo cual indica la magnitud del problema distributivo de la región más desigual del mundo (De Ferranti y otros, 2004; CEPAL, 2007b). En el capítulo IV se abordará detalladamente la marcada desigualdad de la distribución de la desnutrición y los factores que la determinan, con hallazgos que destacan la importancia de reducir las desigualdades socioeconómicas para avanzar hacia los objetivos del Milenio.

Gráfico II.6
PAÍSES EN DESARROLLO (49 PAÍSES, 86 OBSERVACIONES): PREVALENCIA DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL Y DESIGUALDAD SOCIOECONÓMICA EN SU DISTRIBUCIÓN, 1990-2005



Fuente: Guillermo Paraje, “Evolución de la desnutrición crónica y su distribución socioeconómica en siete países de América Latina y el Caribe”, *serie Políticas sociales*, N° 140 (LC/L.2878-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2008. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.08.II.G.17.

d) Los costos del hambre y la desnutrición

Las conclusiones de numerosos estudios ponen de manifiesto las limitaciones al desarrollo físico, intelectual y emocional que afectan a las personas cuya alimentación es insuficiente para satisfacer sus necesidades, y sus consecuencias para la salud, la educación y la productividad.¹¹ Así, las muertes de embarazadas asociadas a anemia por falta de hierro ascienden al 20% del total (Brabin, Hakimi y Pelletier, 2001). Otros estudios revelan que los menores que no aumentan de peso en el primer año de vida tienen un 50% de probabilidades de morir, las que adicionalmente se incrementan en un rango del 20% al 24% en los casos asociados a diarrea, paludismo o sarampión entre los niños con déficit de vitamina A. Por su parte, el

¹¹ Para mayores detalles, véase Martínez y Fernández (2006b).

déficit de cinc aumenta el riesgo vital entre el 13% y el 21% (Guilkey y Riphahn, 1998). Según la CEPAL (2007a), en 2004 las muertes infantiles relacionadas con la desnutrición global se habrían elevado a 77.000 casos en los países centroamericanos y República Dominicana, es decir, el 30% del total, a los que se sumarían 87.000 casos de enfermedades diarreicas agudas, 39.000 de infecciones respiratorias agudas y 30.000 de anemia. También ha quedado demostrado que la enfermedad coronaria, la diabetes tipo 2, los accidentes cerebro-vasculares y la hipertensión se originan en la desnutrición fetal y en la infancia (Barker, 2004).

Los efectos en el desarrollo cognitivo también han sido ampliamente estudiados. Por ejemplo, la desnutrición infantil afecta el adecuado desarrollo de la circunferencia craneana con los consiguientes efectos en el desarrollo intelectual y en el posterior rendimiento académico del niño (Ivanovic, 2000). O bien, por el contrario, se han constatado las consecuencias positivas de los suplementos nutricionales recibidos entre los 6 y 24 meses de edad en el rendimiento escolar de los guatemaltecos que residen en zonas rurales (Alderman, Berhman y Hodinott, 2004).

Las consecuencias negativas de la desnutrición en la salud, la educación y la productividad de las personas se traducen en importantes costos humanos y económicos para ellas, pero también para las sociedades a que pertenecen. Estos pueden clasificarse en dos tipos: costos directos, por concepto de prevención y recuperación de la desnutrición y de tratamiento de los daños causados, e indirectos, debido a bajas de productividad y de ingresos. En algunos casos se manifiestan a corto plazo, pero en otros se dan a lo largo del ciclo de vida de las personas, e incluso pasan de una generación a otra. Así, más allá del imperativo ético, la erradicación de este flagelo generaría gran impacto social y ahorros significativos para las personas y para las sociedades en su conjunto.

Se estima que en los países en desarrollo los costos directos se elevan a 30.000 millones de dólares al año, mientras que los indirectos —combinados la desnutrición proteico-calórica, el bajo peso al nacer y las carencias de micronutrientes— representan a lo menos del 5% al 10% del PIB. En contrapartida, en términos de incremento de la esperanza de vida, se calcula que los beneficios de reducir la desnutrición se elevan a 120.000 millones de dólares al año (FAO, 2004).

Según datos disponibles, en Centroamérica y República Dominicana la desnutrición global de las últimas décadas habría generado un costo que en 2004 representaba casi 6.700 millones de dólares por concepto de tratamientos de salud, ineficiencias de los procesos educativos y pérdidas de productividad. Esta suma equivale al 6,4% del PIB de los siete países ese año, dentro de un rango muy variado, que va desde el 1,7% en Costa Rica hasta el 11,4% en Guatemala (véase el cuadro II.1). Cabe destacar que el 90% de los costos refleja pérdidas de productividad resultantes de las 1,7 millones de personas desnutridas que estarían en edad de trabajar y de dos años de escolaridad en promedio para quienes sufrieron de desnutrición infantil (CEPAL/PMA, 2007).

Si estos países lograran reducir a la mitad la desnutrición infantil en el año 2015, ahorrarían unos 1.000 millones de dólares de 2004. Y si la erradicaran, el ahorro rebasaría los 2.200 millones de dólares (CEPAL/PMA, 2007). Estas cifras pueden compararse con los 2.620 millones de dólares en inversiones públicas adicionales que se requerirían para que América Latina y el Caribe alcancen la meta de la Cumbre Mundial sobre la Alimentación: es decir, pérdidas de casi 6.700 millones de dólares atribuibles al costo del hambre en Centroamérica, frente a una inversión de 2.620 millones para erradicarla en toda América Latina (CEPAL/FAO/PMA, 2007).

Cuadro II.2

CENTROAMÉRICA Y REPÚBLICA DOMINICANA: COSTO DE LA DESNUTRICIÓN INFANTIL (2004)

	Total (en millones de dólares)	Porcentaje del PIB	Porcentaje del gasto público social
Costa Rica	318	1,7	9,5
El Salvador	1 175	7,4	136,6
Guatemala	3 128	11,4	185,4
Honduras	780	10,6	80,9
Nicaragua	264	5,8	64,3
Panamá	322	2,3	13,2
República Dominicana	672	3,6	59,1
TOTAL	6 659	6,4	

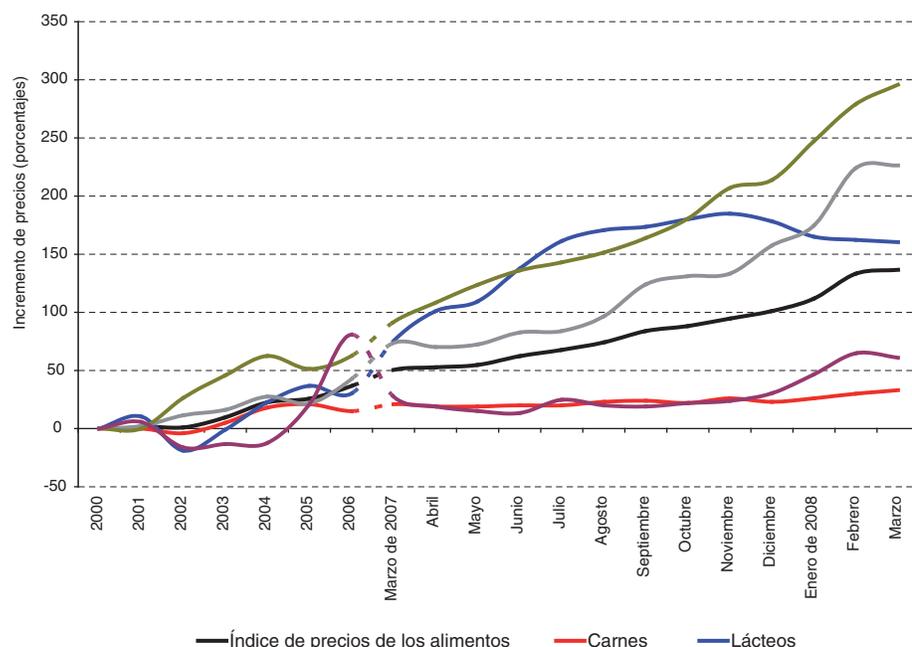
Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Programa Mundial de Alimentos (PMA), *El costo del hambre. Impacto económico y social de la desnutrición infantil. Centroamérica y República Dominicana* (LC/W.144), Santiago de Chile, 2007.

**e) Choques de ingreso debido al alza de los precios de los alimentos:
sus efectos en la pobreza, el hambre y la nutrición**

Según la FAO, el alza de los precios de los alimentos ocurrida en los mercados internacionales —que ha sufrido una clara inflexión desde 2005— pone en riesgo los avances en materia de nutrición logrados con tanto esfuerzo por la región. Este aumento de los precios se ha producido bajo la presión de una demanda que supera la oferta de productos de base, particularmente de maíz, arroz, soja y trigo, y marca un sustancial paso atrás en cuanto al acceso a la canasta básica de alimentos y —más en general— en cuanto a la seguridad alimentaria y nutricional, especialmente de los pobres, que son demandantes netos de alimentos, es decir, aquellos desprovistos de tierra, asalariados con empleos precarios o mal remunerados y trabajadores informales. La subida de los precios de los alimentos podría contradecir el cumplimiento de los objetivos de desarrollo del Milenio relacionados con la reducción de la indigencia y del hambre, lo cual a su vez afectaría los que se refieren directamente a la salud (véase el gráfico II.7)

De manera pertinente y hace ya varias décadas, Amartya Sen y Jean Dréze subrayaron en su obra que las hambrunas no son un fenómeno propio de países con regímenes políticos democráticos (Sen, 1982). Pero la compleja constelación que subyace tras las alzas contemporáneas de los precios de los alimentos, sin duda, también pondrá a los regímenes democráticos ante tensiones y desafíos inéditos en materia de equidad y de cohesión social, para poder evitar el empobrecimiento de la población, los riesgos nutricionales y, en el peor de los casos, las hambrunas. De allí que sea perentorio preguntarse por los factores que han provocado tan inusitada y creciente alza.

Gráfico II.7
**ÍNDICE DE PRECIOS DE LOS ALIMENTOS DE LA ORGANIZACIÓN PARA LA AGRICULTURA
 Y LA ALIMENTACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (FAO)**
 (En porcentajes, base promedio año 2000=0)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), *Crop Prospects and Food Situation*, N° 2, abril de 2008 [en línea]. <http://www.fao.org/docrep/010/ai465e/ai465e00.HTM>.

Nota sobre los índices: El **índice de precios de los alimentos** es el promedio de 6 índices de precios de grupos de bienes (carnes, lácteos, cereales, aceites, grasas, azúcar) ponderados por la participación media en las exportaciones de cada uno de esos grupos en 1998-2000; considera un total de 55 alimentos. El **índice de precios de las carnes** consiste en 3 tipos de carne de aves domésticas, 4 tipos de carne bovina, 3 tipos de carne de cerdo, 1 tipo de carne ovina. En todos los casos es un promedio ponderado por cuotas fijas de comercio. Los cuatro precios medios de los grupos antes mencionados son ponderados por la participación media en las exportaciones de cada uno de esos grupos en 1998-2000. El **índice de precios de los lácteos** incluye mantequilla, leche en polvo entera, leche en polvo descremada, queso y la valorización de la cantidad de caseína contenida en dichos productos. El promedio es ponderado por la participación media en las exportaciones de cada uno de esos productos en 1998-2000. El **índice de precios de los cereales** se construye utilizando los índices de precios del arroz y otros granos ponderados por su participación media en el mercado en 1998-2000; el índice de precios de los granos se compone del índice de precios del trigo (promedio de 9 tipos diferentes) y el precio del maíz con base en 1998-2000 a partir del índice del Consejo Internacional de Granos (ICG); el índice de precios del arroz contiene tres componentes que incluyen los precios medios de 16 tipos de arroz: los componentes son indica, japónica y variedades de arroz aromático (el índice es un promedio ponderado por cuotas fijas de comercio de estos tres tipos de arroz). El **índice de precios de los aceites y las grasas** es un promedio de 11 tipos diferentes de aceite (incluye aceites animales y de pescado), ponderados por la participación media en el comercio de exportaciones de cada uno de estos productos en 1998-2000. El **índice de precios del azúcar** es un índice de los precios del Acuerdo Internacional del Azúcar.

En efecto, la gama de tales factores es muy amplia y su confluencia conduce a hablar de una “novedad de la crisis alimentaria”, de carácter coyuntural, que provocará hambrunas en el mundo, originadas no por catástrofes naturales como las sequías, sino por el precio de los alimentos. La FAO calcula que, cuando pase la tormenta inicial, los precios bajarán un poco, pero se quedarán en una meseta más alta, por un plazo de al menos 10 años. Por una parte, influyen la crisis financiera, la volatilidad monetaria y el desarrollo de los biocombustibles de los países desarrollados; según estudios de la FAO y de otros organismos internacionales, los biocombustibles en 2006 y 2007 contribuyeron entre el 5% y el 10% del incremento de precios, pero si en el futuro Estados Unidos o la Unión Europea siguen convirtiendo más y

más producto agrario en biodiésel o bioalcohol, este factor podría a mediano plazo transformarse en un gran problema y además hoy Brasil sería el único país capaz de conseguir biocarburantes de forma rentable y sin subsidios. Pesa, por otra parte, que países como China o India —que componen el 40% de la población mundial— hayan aumentado notablemente su nivel de vida y demanden más alimentos, lo cual, sumado al aumento de la población y los altos precios, da como resultado una ecuación complicada. Además, agudizado esto por la actual crisis hipotecaria o financiera, los alimentos se han convertido en refugio de inversionistas y especuladores, algo que no pasaba desde hace tres décadas: como las reservas de alimentos son las más bajas desde hace 30 años, se ha creado una oportunidad de rentabilidad para los próximos años y estas inversiones han empezado a incrementar los precios. De manera coyuntural, también los grandes productores se niegan a exportar parte de su mercado, en una vuelta a la autosuficiencia. En el corto plazo, también incidirá mucho la evolución de las próximas cosechas y las posibles catástrofes naturales (Sumpsi, 2008).

Se trata de un panorama complejo, en que los precios se incrementan tanto por presiones de demanda como por limitaciones de oferta y, más recientemente, por factores especulativos. La volatilidad de los mercados de energía, especialmente del precio de los combustibles fósiles se ha transmitido no solo a la oferta de productos agrícolas mediante el alza de los costos de producción, sino también a su demanda, pues hay productos agrícolas que son tanto fuente de alimentos como de energía sustitutiva de los combustibles fósiles. La demanda, en la mayoría de los casos, además es incentivada por subsidios a la producción y al consumo y por la creación de mercados garantizados mediante regulaciones que obligan al uso de mezclas de aceites vegetales con diesel y de gasolina con etanol. En este complejo escenario, destaca la CEPAL, se han fortalecido de manera inédita las interacciones entre los mercados de productos agrícolas y los mercados de energía, así como entre los mercados de *commodities* agrícolas y no agrícolas, y los mercados financieros.

La evolución de los mercados internacionales de los alimentos repercute en los precios internos de la mayoría de los países del mundo, y los de América Latina y el Caribe no han sido una excepción. Las naciones importadoras de alimentos deben pagar cada vez más por las compras que realizan en el exterior para abastecer sus mercados internos, pero aquellas que son productoras, especialmente las que también exportan, han visto elevados sus precios internos, sumamente influidos por las cotizaciones internacionales. De esta manera, desde principios de 2006 y especialmente desde 2007, los índices de precios al consumidor de los alimentos se han acelerado en la mayoría de las economías de la región, al registrar un ritmo anual que oscila entre 6% y 20%, con un promedio cercano al 15%. Cuando los aumentos han sido menores, probablemente sea atribuible a políticas específicas destinadas a amortiguar el impacto del incremento del precio de los productos básicos. El alza de los precios de los alimentos castiga con especial dureza a quienes deben destinar una mayor proporción de sus ingresos para adquirirlos y por tanto tiene un claro impacto distributivo regresivo (Machinea, 2008).¹²

Al elevarse los precios de los alimentos básicos, una mayor inflación relativa se concentra en los más pobres. No solo el efecto distributivo castiga a quienes menos tienen, sino que también provoca un aumento neto del porcentaje de pobres e indigentes que, al no ver incrementados sus ingresos disponibles, no pueden adquirir una canasta básica de alimentos. Se eleva por ende la proporción de hogares pobres, es decir, de aquellos cuyos recursos corrientes resultan inferiores al costo de una canasta básica que incluye alimentos, así como otros bienes básicos. Asimismo, otros grupos vulnerables, cercanos por sus ingresos a la línea de pobreza, entran en riesgo de empobrecimiento nutricional por esta causa.

Los cálculos de la incidencia de la pobreza y la indigencia para los países de América Latina que realiza regularmente la CEPAL permiten simular el impacto que pueden acarrear las alzas de los precios de

¹² Los siguientes planteamientos sobre el efecto en la indigencia y la pobreza en la región de las alzas de los alimentos, con muy leves modificaciones, se extraen de Machinea (2008).

alimentos sobre aquellas variables. Partiendo de proyecciones de la indigencia correspondientes a 2007,¹³ si el precio de los alimentos contenidos en la canasta con que se calcula la indigencia se incrementa un 15% y los ingresos permanecen constantes, la magnitud de la indigencia en la región se eleva casi tres puntos, al pasar de un 12,7% a un 15,9% (véase el cuadro II.3). Es decir que la alteración de los precios un 15% con ingresos constantes provoca que más de 15,7 millones de latinoamericanos y caribeños caigan en la indigencia. En el caso de la pobreza, la magnitud del aumento es semejante, en circunstancias en que la simulación deja constantes los precios de los rubros no alimentarios de la canasta.

Cuadro II.3
**SIMULACIÓN DEL IMPACTO DEL ALZA DE LOS PRECIOS DE ALIMENTOS
EN LA INDIGENCIA Y LA POBREZA DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE**

	2007		Incremento del 15% de los precios de los alimentos: efectos en los niveles de indigencia y pobreza respecto de 2007			
	Porcentaje	Millones de personas	Sin aumento de los ingresos		Con aumento de ingresos del 5%	
Porcentaje			Millones de personas	Porcentaje	Millones de personas	
Indigencia	12,7	68,5	15,6	84,2	14,7	79,1
<i>Cambio respecto de la situación de 2007</i>			2,9	15,7	2,0	10,6
Pobreza	35,1	189,5	37,9	204,5	37,0	199,6
<i>Cambio respecto de la situación de 2007</i>			2,8	15	1,9	10,1

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de encuestas de hogares de los países.

Nota: La metodología usualmente utilizada para proyectar las tasas de pobreza e indigencia de los países consiste en aplicar a los ingresos medidos en la encuesta la tasa de variación del PIB per cápita en dólares constantes prevista entre el año de la encuesta y el año que se desea simular; con el vector de ingresos resultantes se estiman las tasas de pobreza e indigencia, manteniendo constantes los valores de las líneas. Esta misma metodología se utilizó para evaluar el efecto del incremento del costo de los alimentos en las tasas de pobreza e indigencia; en este caso la variante consistió en incrementar el valor de la línea de indigencia un 15%. Por su parte, la línea de pobreza corresponde a la suma entre la línea de indigencia reajustada y el costo de las necesidades no alimentarias, al que no se aplica variación de precios.

Como se aprecia, se trata de un cálculo crudo, ya que en las cifras y proyecciones no se toman en cuenta los eventuales cambios de los ingresos de las personas y familias ni los cambios de los precios de los bienes y servicios no alimentarios ni los efectos más globales del alza de precios de los alimentos en la producción y el consumo.¹⁴ Sin embargo, es pertinente en términos metodológicos y útil, porque ofrece magnitudes del impacto de las alzas de los precios de los alimentos en caso de que no se produjera ninguna variación de los precios de otros productos, ni tampoco de los ingresos.

¹³ Estas se basan en información de 2006 y en las variaciones proyectadas del PIB por habitante. Se realizan estrictamente para servir de base a las simulaciones que aquí se presentan.

¹⁴ Como los que podrían simularse usando un modelo de equilibrio general computable con una matriz de contabilidad social y microsimulaciones con encuestas de hogares, que considerarían un choque de ingreso por el alza de los precios de los alimentos, o bien los efectos globales del alza de precios en las economías.

Pero aun reconociendo que las remuneraciones nominales se han elevado en el período de cálculo, el alza de precios de los alimentos continúa teniendo efectos negativos sobre la indigencia y la pobreza. Ello obedece a que los ajustes de los ingresos generalmente toman en cuenta la variación del índice de precios medio, que creció en 2007 a un ritmo menor a la mitad del de los alimentos. Por lo tanto, si —como en la simulación— se considera el efecto conjunto de un aumento de precios de los alimentos del 15% y la mejora de los ingresos de los hogares fue solo del 5%, la cantidad de nuevas personas indigentes producto del aumento de precios de los alimentos sería de alrededor de 10 millones y un similar contingente pasaría de la situación de no pobres a la de pobres. Además, debe considerarse la situación de las personas que, antes de estos aumentos, ya vivían en la pobreza e indigencia, que se vería agravada al profundizarse su pobreza. Sin duda, el fenómeno representa una situación dramática para un vasto contingente de la población de América Latina y el Caribe.

El panorama se complica aún más por los efectos de los incrementos que están experimentando los combustibles, que elevan las tarifas del transporte y de varios servicios públicos —el aumento de los precios de los combustibles, por otra parte, es uno de los factores que presionaron el aumento del precio de los alimentos. También en este caso los incrementos castigan a quienes viven con menos recursos y destinan parte significativa de sus ingresos al transporte público y los servicios básicos domiciliarios.

Para emprender medidas adecuadas contra la escalada de precios de los alimentos observada durante los últimos meses, es indispensable conocer en profundidad el efecto real de cada uno de los distintos factores involucrados. Se trata de conocer mejor no solo el papel de la demanda de los países emergentes y del incremento de los costos de producción por parte de los insumos energéticos, sino también el impacto —especialmente en los países desarrollados— de los subsidios a la producción y uso de biocombustibles, así como el papel que juegan las estructuras de mercado en la producción y comercialización de productos agrícolas a escala mundial (Runge & Senauer, 2007).

Deben emprenderse políticas en varios ámbitos. En primer lugar, promover el ahorro de energía y en general una mayor eficiencia energética, contexto en el cual se hace inevitable reflexionar acerca del modelo energético en que se inserta la producción de biocombustibles. En segundo lugar, realizar una evaluación más cuidadosa de los costos y beneficios que acarrea la producción de biocombustibles: entre otros, costos en agua, suelo y biodiversidad, en el balance energético, en seguridad alimentaria, en seguridad energética vs. eventuales beneficios endesarrollo rural, menores emisiones de contaminantes en los vehículos y ahorro de divisas. En tercer lugar, promover políticas de investigación y desarrollo e innovación, que permitan avanzar en un paradigma energético alternativo al de la energía fósil sin afectar la producción de alimentos, aún cuando las energías derivadas de la biomasa puedan cumplir un papel importante. En cuarto lugar, no sustentar el rango de los biocombustibles y en general de las bioenergías en incentivos y subsidios que incrementen su rentabilidad artificialmente mediante mercados garantizados y subsidios a la producción o al consumo y con ello, también el costo de oportunidad de producir alimentos; se trata de una discusión similar a la que ha dominado la Agenda de Doha durante los últimos años, trasladada ahora al ámbito de los biocombustibles. Sin embargo, no deben limitarse las ventajas competitivas auténticas de aquellos países que pueden desarrollar biocombustibles porque disponen de condiciones adecuadas para su producción tales como diversidad de cultivos, disponibilidad de tierras, agua, suelo y energía solar y que velen por un adecuado balance respecto de producción de alimentos que garantice a su población un acceso adecuado a éstos (Rodríguez, 2008).

Por lo tanto, señala la CEPAL, es de la mayor prioridad poner en marcha y mantener políticas dirigidas a morigerar esos efectos, según la realidad de cada país en planos tales como su estructura productiva (por ejemplo, si es importador o exportador de alimentos), la experiencia en el manejo de diversos instrumentos o su situación fiscal. Las políticas por implementarse podrían incluir acciones que disminuyan los precios o las alzas de los precios de los alimentos en los mercados internos; entre ellas se cuentan las reducciones

de aranceles e impuestos al consumo. Otras políticas pueden apuntar a mejorar los ingresos de la población, especialmente de los sectores de bajos recursos, mediante nuevos subsidios focalizados en ciertos sectores o el incremento de los subsidios vigentes. Asimismo, es necesario un aporte excepcional proveniente de los países desarrollados y, en cierta medida, de los países de ingresos medios, que son exportadores netos de alimentos, a programas y organismos, tales como el Programa Mundial de Alimentos de las Naciones Unidas, que puedan llevar ayuda de emergencia a poblaciones en situación de riesgo. Finalmente, dado que los altos precios de los alimentos no parecen obedecer a una situación transitoria, es necesario, además de mantener políticas específicas destinadas a los sectores de menos recursos, impulsar propuestas de mediano y largo plazo destinadas a incrementar la oferta y la productividad de manera sustentable.

De acuerdo con la FAO, si bien el comercio y el mercado son clave y las medidas deben ser propias de cada país, es preciso arbitrar mecanismos internacionales que permitan evitar desastres y una acción concertada de muchos organismos y de los países. Por ello esta organización ha convocado a los mandatarios de todos los países a una reunión en junio, donde propondrá crear una especie de banco mundial de alimentos, es decir, un sistema de reservas internacional, de acervos y medidas regulatorias que aseguren un mínimo de reservas mundiales; la morfología del mecanismo está ahora en proceso de elaboración para proponerlo. También se plantea discutir sobre las medidas agrarias de los países para aumentar la producción y buscar medidas que calmen el clima político actual. Se parte de que lo más importante ahora es aumentar la producción; como en los países más pobres no es fácil aumentar la oferta porque se cultiva con muy poco rendimiento, requieren ayuda para repartir semillas y aumentar la producción, mejorar los sistemas de cultivo y los fertilizantes. Se trata de aprovechar la situación dramática para incentivar, a mediano plazo, el desarrollo de la agricultura en el mundo y de involucrar a las economías avanzadas; África tiene un gran potencial agrícola inexplorado y si los países con poca renta avanzan ahora, con altos precios de los alimentos, aumentará su calidad de vida (Sumpsi, 2008).

Sobre el tapete de la discusión en torno a la agricultura y el acceso a los alimentos se avizoran un sinnúmero de temas cruciales: cómo elevar la productividad de la agricultura, cómo combinar ese salto con consideraciones al medio ambiente con efectos beneficiosos en la salud, cómo incrementar las reservas internacionales de alimentos, cómo multiplicar el rendimiento de las semillas y su resistencia a nuevas condiciones climáticas en tensión con discusiones respecto de su manipulación genética, cómo incrementar los recursos de investigación en temas agrícolas, qué decisiones tomar en materia de biocombustibles, cómo disminuir la concentración del ingreso para que los alimentos se repartan más equilibradamente, cómo apoyar a los pequeños productores con agua y créditos y asesoría para elevar sus rendimientos, cómo incrementar la ayuda al desarrollo dedicada a la agricultura, cómo limitar el desperdicio de comida que pudiera dedicarse a producción energética. Múltiples planes para tan ingente tarea.

3. ENSEÑANZAS DE LA APLICACIÓN DE POLÍTICAS CONTRA EL HAMBRE Y LA DESNUTRICIÓN

Todos los países de la región realizan una amplia gama de intervenciones orientadas a reducir la desnutrición, mediante programas radicados generalmente en los ministerios de salud o en instituciones de seguridad social.

Dada la experiencia recogida en distintos países y las múltiples causas a que obedece el fenómeno, es evidente que para erradicar el hambre y luchar contra la desnutrición se requieren políticas de Estado con una visión integral a largo plazo y financiamiento estable. El problema debe abordarse en tres dimensiones. Por una parte, es preciso atacar las causas estructurales para, entre otros aspectos, mejorar la situación alimentaria a mediano y largo plazos, y aplicar medidas que incluyan el acceso a activos productivos — particularmente tierra—, la modernización de la producción agropecuaria, el mejoramiento de los canales

de distribución de alimentos y otras orientadas a reducir las desigualdades socioeconómicas en los ámbitos del empleo, la educación y los sistemas de protección social. Asimismo, hay que actuar a corto y mediano plazo, aumentando el poder adquisitivo de los hogares a fin de mejorar su acceso a los alimentos y a su uso. Finalmente, cabe mencionar las actividades preventivas o de emergencia, encaminadas a evitar o paliar las consecuencias de situaciones críticas en materia de acceso a los alimentos.

El impacto de los programas de nutrición está condicionado por el contexto socioeconómico familiar. Revertir el retardo del crecimiento es un proceso complejo, que requiere encarar de manera coordinada varios factores. La baja escolaridad de la madre, los bajos ingresos y la falta de servicios sanitarios se asocian a un mayor riesgo del niño de presentar retardo en el crecimiento. En los países que han logrado reducir más los índices de pobreza o de indigencia, o ambos, también las tasas de desnutrición han bajado sensiblemente. Las políticas orientadas a disminuir el analfabetismo, dotar de infraestructura básica y mejorar los servicios de salud han contribuido a reducir apreciablemente el retardo del crecimiento de los niños. Los mejores indicadores de nutrición de la región corresponden a Chile (1,3% de desnutrición crónica en menores de 6 años), donde durante más de 50 años ha existido un programa alimentario materno-infantil de amplia cobertura. Las claves del éxito son difíciles de determinar, ya que obviamente este no depende exclusivamente del programa de alimentación, sino que se vincula —entre otros aspectos— con una cobertura de servicios de salud cercana al 100% de la población más vulnerable, la continuidad de los programas y el énfasis en la prevención. Simultáneamente, se han logrado mejores niveles de escolaridad, de saneamiento ambiental y bajas significativas de los índices de pobreza e indigencia dentro de un marco de crecimiento económico y en que el incremento de los ingresos laborales por persona ocupada han beneficiado también a las familias más pobres (Atalah y Pizarro, 2008; CEPAL, 2007b).

En la medida en que persistan los problemas estructurales que los originan, es preciso mantener en el tiempo las intervenciones que reducen transitoriamente el hambre y la desnutrición, así como acrecentar las capacidades y las oportunidades socioeconómicas de las familias afectadas, en el marco de una política global de seguridad alimentaria y nutricional que considere las causas que inciden en el hambre y la desnutrición en cada país, entre las que cabe mencionar las desigualdades socioeconómicas, étnicas, culturales y territoriales y el aspecto de género.

El tiempo que necesita una intervención para modificar positivamente el crecimiento infantil es variable. En algunos casos, la permanencia prolongada en el programa no conduce a reducciones significativas del retardo del crecimiento (de Caballero y otros, 2004). También hay experiencias que en dos años lograron reducir en el 5,3% dicho retardo, gracias a una excelente combinación de transferencias en efectivo y atención de la salud, como en el caso de Nicaragua (IFPRI, 2002; Maluccio y Flores, 2004; Galván y otros, 2008). En todo caso, la continuidad de los programas es fundamental. Por el contrario, son frecuentes las interrupciones que no obedecen necesariamente a malos resultados, sino a discontinuidades por cambios de gobierno, o bien por problemas administrativos o de financiamiento que afectan negativamente la consecución de los objetivos de largo plazo y aumentan los costos.

Los programas de transferencias condicionadas que pueden influir en la demanda de alimentos deben encarar una serie de retos. Uno de ellos es el impacto de la calidad de los servicios sectoriales en el acervo de capital humano que se desea promover. Aun cuando se logre mejorar la salud y la nutrición de los niños y aumentar la escolaridad, es motivo de preocupación que no por ello los niños dejarán de ser pobres en el futuro, si no se reúnen otros requisitos. Para avanzar en esta materia se ha puesto sobre el tapete el impacto que tienen tanto la calidad de la atención de la salud como la calidad y alcance de la oferta escolar, aspectos que —por estar en manos de los entes sectoriales que prestan tales servicios— implican mejorar la calidad de la oferta sectorial con la cual interactúan los programas de transferencias monetarias (Sojo, 2007). Sobre estas interacciones, véase el recuadro II.2.

Recuadro II.2

**PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD PARA LA POBLACIÓN MATERNA, NEONATAL E INFANTIL:
LECCIONES APRENDIDAS DE LA REGIÓN DE AMÉRICA LATINA**

El seguro universal maternoinfantil de Bolivia (SUMI), la política de protección social en salud maternoinfantil (PPSSMI) de Chile, el programa de salud de la familia (PSF) de Brasil y el programa Oportunidades de México han aumentado la equidad del acceso y la utilización de los servicios de salud. Por su parte, la Ley de maternidad gratuita y atención a la infancia de Ecuador, el bono maternoinfantil de Honduras y el seguro integral de salud de Perú muestran resultados diversos y, en algunos casos, han aumentado la inequidad del acceso y la utilización de los servicios de salud.

Los siete planes parecen haber contrarrestado al menos un determinante social que afecta negativamente la situación de salud o que dificulta la demanda de los servicios de salud. Los montos invertidos en su implementación, el grado de cobertura alcanzado, la continuidad a lo largo del tiempo, el fortalecimiento de la posición de la mujer dentro del núcleo familiar y la promoción explícita de los derechos en salud parecen ser factores cruciales en el éxito de estos programas.

En efecto, han contribuido a extender la cobertura y aumentar el acceso a intervenciones técnicamente apropiadas mediante la reducción o la eliminación de al menos una causa de exclusión en salud. La mayoría reducen la barrera económica de acceso a los servicios de salud; sin embargo, el análisis del SUMI de Bolivia, el BMI de Honduras y el SIS de Perú muestra que en países étnicamente diversos y con asentamientos humanos geográficamente dispersos, la mera eliminación de las barreras económicas no garantiza el acceso a los cuidados de salud.

El PSF de Brasil y la PPSSMI de Chile han incrementado la cobertura de intervenciones de salud técnicamente apropiadas. Por su parte el SUMI de Bolivia, la Ley de maternidad de Ecuador y el seguro integral de salud de Perú han producido una sobrecarga adicional al sistema de salud, al aumentar la demanda de servicios sin haber expandido proporcionalmente la oferta de servicios, los recursos disponibles ni la infraestructura de salud. Solo en dos casos —el SUMI de Bolivia y la PPSSMI de Chile—, el esquema de protección social en salud ha alcanzado una cobertura superior al 60% de la población objetivo.

Cuatro de los siete —el SUMI, la Ley de maternidad, el bono maternoinfantil y el seguro maternoinfantil— han enfrentado problemas de escasez de recursos financieros que amenazan su sostenibilidad.

Además de la continuidad en el tiempo y de la inversión en recursos e infraestructura, la capacidad institucional y el grado de descentralización en la administración del plan parecen jugar un rol importante para lograr la cobertura esperada. Según la experiencia, los progresos en la salud materna e infantil solo pueden lograrse mediante un enfoque integral que combina intervenciones que encaran las barreras sociales, económicas, culturales y étnicas del acceso a la salud, y que se deben sustentar por tanto en un pacto político y social de largo aliento.

Fuente: Equipo de sistemas de salud basados en atención primaria para la protección social, sobre la base de Organización Panamericana de la Salud (OPS), “Esquemas de protección social en salud para la población materno-infantil: lecciones aprendidas de la región de América Latina”, inédito, 2007.

A la luz de las características de la desnutrición infantil y sus consecuencias, es prioritario focalizar las intervenciones en niños y niñas menores de 3 años y en mujeres embarazadas y en períodos de lactancia, quienes experimentan momentos críticos de vulnerabilidad nutricional con consecuencias a lo largo de todo el ciclo de vida.

Los programas de lucha contra el hambre y la desnutrición no deben perder de vista las consecuencias en materia de sobrepeso y obesidad que pudieran generar en algunas poblaciones, que repercuten negativamente en la salud y la productividad y cuya prevalencia ha aumentado de manera significativa en la región, lo que subraya la necesidad de aplicar una perspectiva integral.

En este marco, a continuación se ofrece un conjunto de lineamientos de política de corto y mediano plazos:

- a) Promover la lactancia materna (exclusiva hasta los seis meses de edad), brindando condiciones apropiadas a las madres trabajadoras.
- b) Mantener y mejorar los programas de fortificación de los alimentos con micronutrientes, los que han demostrado ser muy eficaces en función de su costo para reducir las brechas en materia de salud, aprendizaje y productividad.
- c) Suministrar suplementos alimenticios y promover su consumo entre las mujeres embarazadas y lactantes, así como entre infantes y niños de edad preescolar.
- d) Promover y mejorar las prácticas de consumo de alimentos que se basan en productos locales y tradicionales de alto valor nutritivo, teniendo en cuenta las diversidades culturales y étnicas.
- e) Crear programas de transferencia de dinero y alimentos para personas que viven en condiciones de pobreza extrema, a cambio de su participación en servicios de educación y atención primaria de la salud, trabajos comunitarios, capacitación, alfabetización, y otros.
- f) Fortalecer acciones preventivas —especialmente mediante programas de información pública, educación en materia de alimentos y nutrición, y comunicación de mejores prácticas para el cuidado de los niños y las niñas, higiene, eliminación de parásitos, hábitos alimentarios saludables, y manejo y conservación de alimentos— orientados hacia los grupos más vulnerables.
- g) Crear u optimizar sistemas de protección alimentaria para emergencias relacionadas con desastres naturales, con elevaciones súbitas o sostenidas de los precios de los alimentos y con conflictos sociales, garantizando el suministro de apoyo directo a los niños y sus madres.
- h) Mejorar la inversión en infraestructura y gestión de los servicios de educación y salud a fin de ampliar la cobertura y mejorar la calidad de la oferta.
- i) Mejorar la infraestructura en materia de agua y saneamiento en zonas marginales para reducir la transmisión de enfermedades asociadas a la desnutrición, de irrigación para aumentar la productividad agrícola en áreas secas, y de caminos para facilitar el comercio de productos locales y la distribución de alimentos en situaciones de emergencia.
- j) Facilitar el acceso a activos de producción, incluyendo tierra, equipos y financiamiento para las familias más vulnerables. Esto debe complementarse con programas de mejoramiento de los suelos, gestión de los recursos hídricos y almacenamiento de alimentos, así como con medidas destinadas a mejorar la productividad y la diversificación, especialmente de los agricultores de subsistencia. Mejorar los procesos productivos de bienes agrícolas mediante inversiones en nuevas tecnologías y capacitación.
- k) Promover la higiene, especialmente en el manejo de los alimentos en los establecimientos comerciales y en los hogares, junto con sistemas eficaces de control de la salud para proteger a los niños y niñas de enfermedades que se originan en las diversas etapas de la producción y distribución de los alimentos.
- l) Abogar por la adopción de un sistema justo de comercio internacional de bienes agrícolas, considerando especialmente el efecto negativo de los subsidios y otros mecanismos proteccionistas que aplican los países desarrollados. A pesar de que pueden facilitar el acceso a alimentos de algunos sectores de la población, estas medidas pueden afectar la competitividad de los pequeños productores y microproductores agrícolas, generalmente los más vulnerables, así como la seguridad alimentaria local.
- m) Fomentar la cooperación Sur-Sur, a fin de que los expertos y encargados de formular políticas en la región incrementen las oportunidades de aprender de las experiencias de otros. Los países que enfrentan problemas graves a menudo desconocen experiencias que han tenido éxito en

otras latitudes, por lo que es preciso promover políticas basadas en casos concretos y conocer y replicar las mejores prácticas de programas exitosos.

Además, debe otorgarse más importancia a la calidad de la gestión de los programas de lucha contra la desnutrición. Los problemas que se plantean en la fase de diseño y operación de los programas afectan en mayor o menor medida los resultados esperados, tales como: la permanencia menor a la mínima requerida, la baja aceptación de los complementos alimentarios y su dilución a nivel familiar. Por ejemplo, de acuerdo con una evaluación del programa mexicano Oportunidades, solo la mitad de los niños de 6 a 23 meses consumía el alimento que se entregaba una vez por semana y de ellos el 50% consumía la mitad de la ración recomendada, lo cual indica que hay problemas de aceptabilidad del producto, dificultades en su distribución, o ambos (Hoddinott y Skoufias, 2003; Behrman y Todd, 1999; Behrman y Hoddinott, 2000; Rivera y otros, 2004). Según evaluaciones recientes, se observan resultados positivos en relación al crecimiento longitudinal y la desnutrición crónica (Leroy y otros, 2008; Fernald y otros 2008). En el caso de la Red de Protección Social de Nicaragua, al mejorarse su ejecución se redujo la desnutrición. En cambio, cuando el Programa de Asignación Familiar II de Honduras tuvo problemas financieros y de ejecución, sus resultados fueron modestos (IFPRI, 2001 y 2003).

En la región aún no se reconoce adecuadamente la importancia de la evaluación y su uso en la toma de decisiones. Pocas son las evaluaciones que miden procesos, resultados e impactos y pocos proyectos cuentan con procesos de evaluación y con financiamiento, lo cual coarta la sistematización de las enseñanzas y la identificación de las mejores intervenciones. En este marco, cabe destacar positivamente las experiencias del programa Oportunidades de México y del programa Bolsa Familia de Brasil.

Ante la magnitud de la desnutrición en algunos países y el alto costo de la aplicación de políticas, debe resaltarse también la relevancia de las políticas regionales. Un ejemplo exitoso es la Iniciativa regional hacia la erradicación de la desnutrición crónica infantil en Centroamérica y República Dominicana. Para acelerar el paso hacia la erradicación de la desnutrición crónica, los países integrantes, mediante la revisión, articulación y fortalecimiento de los programas nacionales vigentes, coordinan el desarrollo de planes nacionales mediante acciones a corto, mediano y largo plazos. A esta iniciativa, impulsada con energía por los gobiernos, se ha sumado una amplia gama de asociados, que incluye organismos especializados del sistema de las Naciones Unidas, organizaciones no gubernamentales y otros gobiernos de la región tales como Chile y México, en el marco de la cooperación Sur-Sur.

CAPÍTULO III

LOS OBJETIVOS Y METAS DE DESARROLLO DEL MILENIO RELACIONADOS CON LA SALUD: COMPARACIÓN DE LOS INDICADORES DE LOS AVANCES EN LOS PAÍSES DE LA REGIÓN

1. OBJETIVO 4: REDUCIR LA MORTALIDAD DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

Reducir entre 1990 y 2015 en dos terceras partes la mortalidad durante los primeros cinco años de vida es la meta 5 del objetivo de desarrollo 4 del Milenio, más conocido como mortalidad en la niñez. En América Latina y el Caribe, nacen anualmente casi 12 millones de niños. Pero se calcula que unos 400.000 mueren antes de cumplir los 5 años de edad, en tanto que 270.000 fallecen antes del primer año y, de ellos, 180.000 en su primer mes de vida (OPS, 2006).

En el presente análisis se usan los dos indicadores que proponen las Naciones Unidas para el seguimiento de esta meta, a saber, las tasas de mortalidad infantil y de mortalidad de los niños menores de 5 años. Pero privilegia el primero —que refleja la probabilidad de morir entre el nacimiento y un año exacto de edad y se expresa por cada 1.000 nacidos vivos—, por cuanto representa el grueso de la mortalidad en la niñez y debido a que hay más información comparable respecto de un mayor número de países. Dado el peso que tiene la mortalidad en el primer año de vida en la mortalidad en la niñez —es decir, en la muerte de niños menores de 5 años por cada 1.000 nacidos vivos—, la evolución de ambos indicadores tiene una trayectoria análoga.¹

Las estimaciones correspondientes a la región de las Américas muestran que el cumplimiento del objetivo 4 del Milenio exigirá acelerar el descenso de la mortalidad de los menores de 5 años, cuya reducción durante la década de 1990 alcanzó un promedio cercano al 2,4% anual. Para que en 2015 la mortalidad llegue a un tercio de esa tasa, el ritmo de descenso de la mortalidad de los menores de 5 años deberá más que duplicarse, hasta alcanzar el 5,6% anual. De lograrse esa meta, estas muertes se elevarían a unas 250.000 anuales, es decir, menos de la mitad de las que —según se calcula— ocurrieron en 2000, y un tercio de las registradas en 1990.

En el período 1990-2007 —que comprende dos terceras partes del plazo fijado para alcanzar los objetivos de desarrollo del Milenio— América Latina y el Caribe muestra notables progresos en lo que respecta a la salud de su población, particularmente de la niñez. En este estrato de la población la mortalidad se redujo de manera apreciable y aumentó la esperanza de vida al nacer. En 2007, la tasa de mortalidad infantil de esta región fue la más baja del mundo en desarrollo, y su caída más rápida que en las demás regiones. De allí su posición relativamente destacada en el contexto mundial (véase el cuadro III.1).

Sin embargo, los promedios regionales de mortalidad infantil ocultan grandes disparidades entre países (véase el gráfico III.1). En efecto, mientras que en un grupo de cinco países y territorios los niveles fueron inferiores a 8,4, esto es, análogos a los observados en Europa, los índices de otros 11 sobrepasaron el promedio regional de 22 por 1.000. Entre estos se destaca Haití, el país más pobre del hemisferio occidental, cuya tasa de casi 50 muertes por cada 1.000 nacidos vivos pone de manifiesto su rezago generalizado en materia de desarrollo. Además, el atraso de la gran mayoría de estos países respecto de los demás objetivos de desarrollo del Milenio revela la concatenación de las diferentes facetas del desarrollo social.

¹ El anexo estadístico incluye estimaciones de las tasas de mortalidad en la niñez para los países de la región.

Cuadro III.1
**EVOLUCIÓN DE LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL POR CADA 1.000 NACIDOS
 VIVOS A ESCALA MUNDIAL Y CONTINENTAL, 1990-2007^a**

Región geográfica	1990	2007	Evolución entre 1990 y 2007 (en porcentajes)
Mundo	63,4	49,9	-21,31
África	104,9	87,5	-16,56
Asia	61,6	43,7	-29,08
Europa	14,2	8,4	-40,35
América Latina y el Caribe	42,4	22,0	-48,16
América del Norte	8,2	6,3	-23,78
Oceanía	31,1	26,1	-16,01

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones de Naciones Unidas, World Population Prospects. The 2006 Revision [base de datos en línea] <http://esa.un.org/unpp/>.

^a Corresponde a una interpolación lineal, elaborada por la fuente, de las estimaciones de la probabilidad de morir antes de cumplir un año de edad, para los quinquenios 1985-1990 y 1990-1995 (datos de 1990) y 2000-2005 y 2005-2010 (datos de 2007).

Por su parte, la meta 5 del objetivo 4 plantea reducir en dos tercios la mortalidad infantil, independientemente de los niveles iniciales de cada país. Para encaminarse a su cumplimiento y dado que el lapso analizado 1990-2007 equivale aproximadamente a dos tercios —68%— del período que comprende hasta 2015, de acuerdo con una progresión lineal los países debieran haber recorrido al menos dos terceras partes del camino. Es decir, la mortalidad infantil debiera haber disminuido un 45,3%, por lo cual un descenso inferior puede considerarse un rezago.

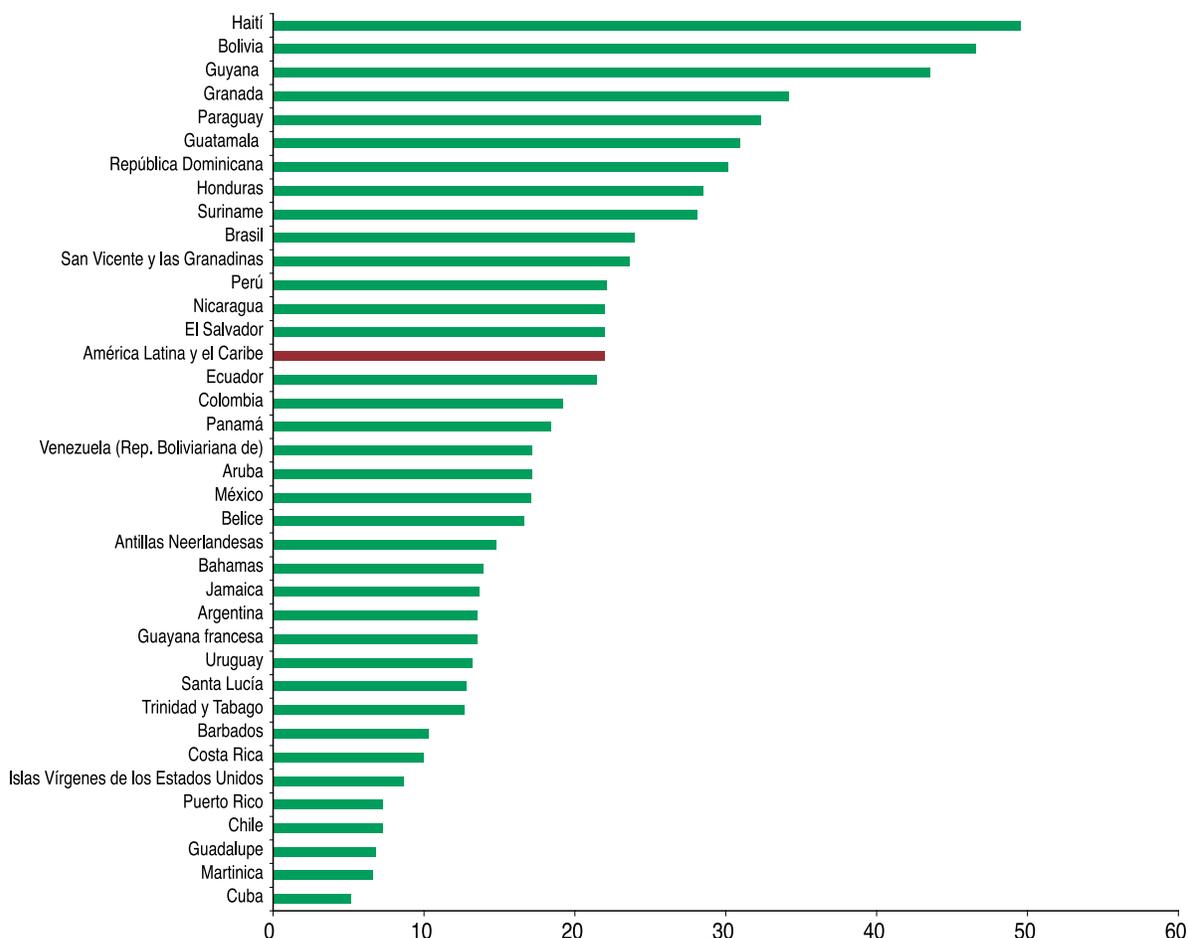
Considerando 35 países y territorios (véase el gráfico III.2), la región en su conjunto superó la meta: entre 1990 y 2007, la mortalidad infantil se redujo un 48,2%. Sin embargo, la caída es inferior al 45,3% en 23 de ellos, mientras que en 14 las tasas se redujeron más del 45%, entre los cuales se destaca Cuba, que ya la alcanzó.

Si bien el promedio ponderado regional de avance en materia de reducción de la mortalidad infantil permite abrigar esperanzas de cumplir la meta, algunos de los países más pobres han avanzado menos de lo necesario: se estima que los niveles de Haití, Bolivia y Guyana en 2007 superan los 40 por 1.000.

La situación de los países rezagados es heterogénea. En aquellos que en 1990 registraban una tasa de 16 por 1.000 o inferior, es decir, Costa Rica y algunos países del Caribe —Martinica, Puerto Rico, Barbados, Trinidad y Tabago y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos—, el atraso puede atribuirse en parte a las dificultades para superar los bajos niveles de mortalidad infantil iniciales. Pero en Paraguay, Guyana y Suriname la situación es inquietante pues, tras partir de niveles medios y altos de mortalidad infantil en 1990, hasta 2007 no habían logrado reducirla por debajo del 45,3%.² Sobre el caso de Ecuador véase el recuadro III.1.

² Además, debe tenerse en cuenta que en países pequeños como estos un número reducido de muertes puede originar grandes variaciones en los valores de un año, sin que ello indique una inflexión significativa de la tendencia histórica.

Gráfico III.1
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (35 PAÍSES Y TERRITORIOS): MORTALIDAD INFANTIL
 POR CADA 1.000 NACIDOS VIVOS, 2007^a**



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones de Naciones Unidas, World Population Prospects. The 2006 Revision [base de datos en línea] <http://esa.un.org/unpp/>.

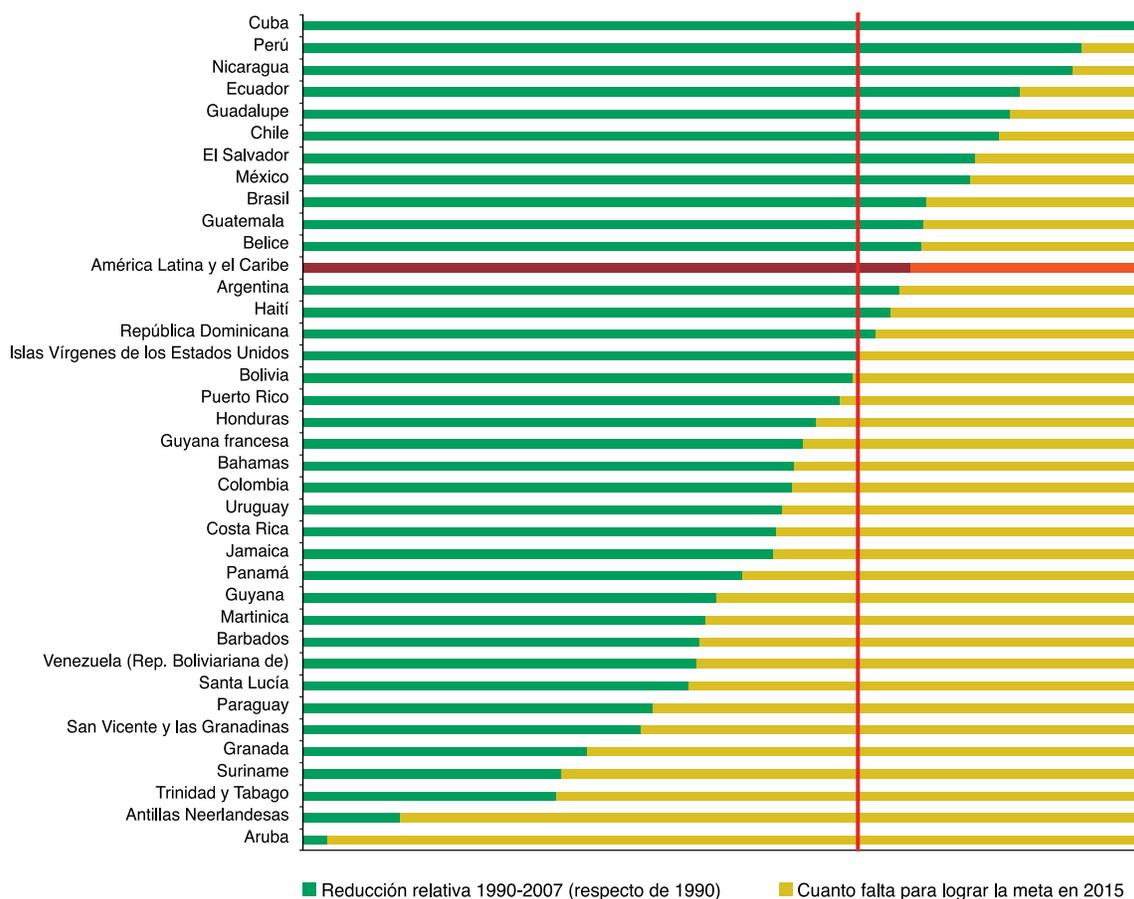
^a Corresponde a una interpolación lineal, elaborada por la fuente, de las estimaciones de la probabilidad de morir antes de cumplir un año de edad para los quinquenios 2000-2005 y 2005-2010.

Como se deduce de los argumentos ya adelantados, la correlación entre el nivel de la mortalidad infantil en 1990 y su reducción porcentual entre 1990 y 2007 es prácticamente nula (véase el gráfico III.3). Cuando la mortalidad infantil es baja, para tratar las enfermedades y patologías subyacentes hay que disponer de personal y recursos técnicos altamente especializados y de elevado costo; de ahí que reducirla implique crecientes esfuerzos institucionales, técnicos y financieros. Esta constatación pone de manifiesto la importancia que revisten las políticas públicas y de salud de los países. Es así como Cuba, Chile y Guadalupe han podido reducir los niveles de mortalidad infantil a partir de cotas que eran ya relativamente bajas. Atribuir prioridad política e institucional a la meta de forma persistente y ajustar paulatinamente los programas de salud a las nuevas realidades epidemiológicas emergentes —lo que supone asegurar la cobertura universal de atención primaria y de las intervenciones preventivas y profilácticas y ampliar y mejorar la protección y el tratamiento de las patologías más complejas— parecen haber sido factores cruciales para el éxito. Cuando los niveles de mortalidad son altos, pueden reducirse mediante un amplio

espectro de medidas, pero los países que no muestran avances deberán esforzarse por identificar los motivos del atraso y modificarlos.

Pese a la variedad de situaciones, todos los países de la región deberán realizar esfuerzos adicionales para encarar los principales determinantes de la mortalidad y adoptar medidas adecuadas y específicas para cada circunstancia.

Gráfico III.2
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (35 PAÍSES Y TERRITORIOS): AVANCES EN LA DISMINUCIÓN DE LA MORTALIDAD INFANTIL, 1990-2007, Y REDUCCIÓN PENDIENTE HASTA 2015 ^a
(Indicador 14: tasa de mortalidad infantil)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones de Naciones Unidas, World Population Prospects. The 2006 Revision [base de datos en línea] <http://esa.un.org/unpp/>.

^a Cálculos realizados por la fuente, a partir de datos obtenidos como interpolación lineal de las estimaciones de la probabilidad de morir antes de cumplir un año de edad, para los quinquenios 1985-1990 y 1990-1995 (datos de 1990) y 2000-2005 y 2005-2010 (datos de 2007).

Recuadro III.1

DESAFÍOS PARA MEJORAR LA SALUD NEONATAL EN ECUADOR

En América Latina y el Caribe ha disminuido la mortalidad de los menores de 5 años, reduciendo la mortalidad posneonatal (>28 días). En Ecuador, que registra 300.000 nacimientos por año, una tasa de mortalidad de los menores de 5 años de 53,5 por 1000 nacidos vivos (NV) y una tasa de mortalidad infantil de 22 x 1000 nacidos vivos, la tasa de mortalidad neonatal (TMN< 28 días) aumentó un 40% en 2005, dado que en el año 2000 ascendía a 8,9 x 1000 nacidos vivos y en 2005 subió a 12,5 x 1000 nacidos vivos. Para los mismos años la tasa de mortalidad neonatal temprana (TMNT,<8 días) aumentó un 42%, de 6,5 x 1000 nacidos vivos a 9,2 x 1000 nacidos vivos, y la mortalidad neonatal contribuyó a la mortalidad infantil (<1 año) con el 49% en 2000, y con el 60% en 2005, incrementando la contribución un 25%.

Entre el 22 de febrero y el 14 de marzo de 2007, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador y OPS/OMS Ecuador realizaron visitas de evaluación de la implementación de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) neonatal y de la atención perinatal/neonatal en nueve maternidades públicas. Se hicieron las recomendaciones pertinentes para mejorar la atención materno-perinatal/neonatal e identificar las medidas necesarias para contribuir al logro del cuarto objetivo.

En cuanto a la bioestadística, el estudio reveló que en los hospitales faltaban la elaboración y registro adecuados, según la clasificación internacional de enfermedades N° 10 (CIE-10) de las tasas de morbilidad y mortalidad neonatal/perinatal e infantil. Los niveles de conocimientos eran muy bajos, no actualizados, ni basados en evidencias, para prevenir o tratar las principales causas de mortalidad perinatal o neonatal. No había normas o guías actualizadas basadas en evidencia, disponibles en los servicios de gineco-obstetricia y neonatología.

La AIEPI neonatal todavía está en el proceso de implementación a escala nacional. Hay altas tasas de cesáreas efectuadas por personal con baja capacitación (médicos generales entrenados por 2 o 3 meses), no se aplica o se hace mal el partograma, se usan uteroinhibidores (berotec) que son poco eficaces, poco y mal uso de corticoides prenatales, mal manejo de antibióticos en sepsis neonatal, falta de capacitación en reanimación neonatal y en el manejo básico del neonato.

Otro factor muy importante es la falta de una adecuada gestión. No se elaboran ni se conocen las tasas y causas precisas de muerte perinatal-neonatal, hay una inadecuada organización de los servicios para dar atención priorizada a la embarazada (horas esperando la atención) y al neonato, siendo este último el peor atendido (a veces realmente abandonado), falta coordinación entre los departamentos de gineco-obstetricia y neonatología/pediatría, enfermería, epidemiología), una inadecuada distribución de los recursos humanos (no se privilegia la atención materno-perinatal/neonatal, sino la consulta externa), los servicios no cuentan con enfermeras en neonatología, no se atiende al recién nacido o lo hace el personal menos calificado (auxiliares de enfermería, internos, a veces nadie). Además, el estudio encontró que no hay análisis conjunto de las tasas y causas de mortalidad perinatal/neonatal con todos los involucrados (GO, neonatología/pediatría, enfermería, epidemiología), ni hay consenso y compromiso de los actores para implementar las soluciones. Por último, se determinó que no existe un plan de reducción de la mortalidad neonatal/perinatal, ni el monitoreo, evaluación ni control en ningún nivel.

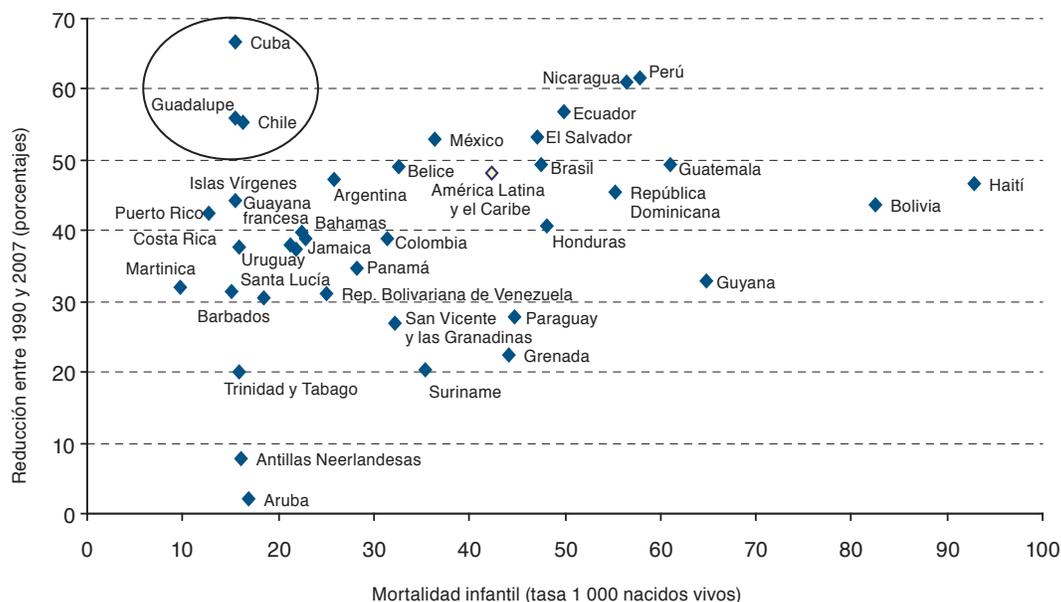
Se sistematizaron soluciones a dichos problemas, se elaboraron en abril de 2007 las guías de intervenciones perinatales basadas en evidencias para la reducción de la mortalidad neonatal y se confeccionaron 1.750 afiches sobre reanimación neonatal y demás intervenciones.

En 2008 el Ministerio de Salud lanzó la campaña nacional de reducción de la mortalidad neonatal, con apoyo político al más alto nivel gubernamental y respaldo económico y administrativo. Con apoyo de la OPS, se inició un amplio proceso de capacitación en Quito, Guayaquil y Cuenca, para formar 267 facilitadores nacionales y regionales de todo el país, implementar el plan nacional de reducción de la mortalidad neonatal, con la aplicación de las guías elaboradas, el control de infecciones nosocomiales y salud materna.

Todas estas intervenciones destacan la necesidad de implementat la AIEPI neonatal. La mortalidad neonatal representa actualmente en Ecuador el 60% de la mortalidad infantil; las intervenciones que se están implementando deberían reducir significativamente la mortalidad neonatal y con ello también la mortalidad infantil y la de los menores de 5 años.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS), sobre la base de documentación oficial.

Gráfico III.3
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (35 PAÍSES Y TERRITORIOS): CORRELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE MORTALIDAD INFANTIL EN 1990 Y SU REDUCCIÓN PORCENTUAL ENTRE 1990 Y 2007^a



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones de Naciones Unidas, World Population Prospects. The 2006 Revision [base de datos en línea] <http://esa.un.org/unpp/>.

^a Cálculos realizados a partir de datos de la fuente, obtenidos mediante la interpolación lineal de las estimaciones de la probabilidad de morir antes de cumplir un año de edad, para los quinquenios 1985-1990 y 1990-1995 (datos de 1990) y 2000-2005 y 2005-2010 (datos de 2007).

La meta 5 del objetivo 4 abarca también la cobertura de la inmunización contra el sarampión de los niños de 12 a 23 meses de edad. La inmunización oportuna contra esta enfermedad —92% en 2005— es de amplia cobertura y se refleja en el hecho de que desde 2000 en la región no se han registrado muertes por esta causa (véase el sitio de la OPS [en línea] www.paho.org). Revela la capacidad de la región de lograr grandes avances en materia sanitaria y la necesidad de afianzar las políticas pertinentes a fin de que los logros perduren.

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

La situación de la niñez muestra signos ambivalentes. Aunque los promedios indican un descenso de la mortalidad en todos los grupos de la población, persisten tendencias disímiles que acusan los efectos de las brechas socioeconómicas por razones étnicas, área de residencia, ingresos de los hogares y nivel de instrucción de la madre.

Aunque en la región se ha logrado disminuir marcadamente la mortalidad infantil, los factores territoriales siguen pesando: las regiones más urbanizadas por lo general han alcanzado un mayor desarrollo socioeconómico y se controlan mejor los principales factores determinantes de la salud de los niños, que se relacionan esencialmente con la escolaridad —sobre todo de la madre—, la cobertura sanitaria y el acceso a servicios de infraestructura básica.

Si bien es cierto que la mortalidad infantil también ha bajado significativamente en las poblaciones discriminadas, persisten diferencias importantes entre los indígenas, los afrodescendientes y el resto de la población, así como entre el campo y la ciudad: la incidencia de la mortalidad entre los niños indígenas y afrodescendientes sigue siendo mayor, tanto en las zonas rurales como en las urbanas (véanse el cuadro III.2 y el gráfico III.4).

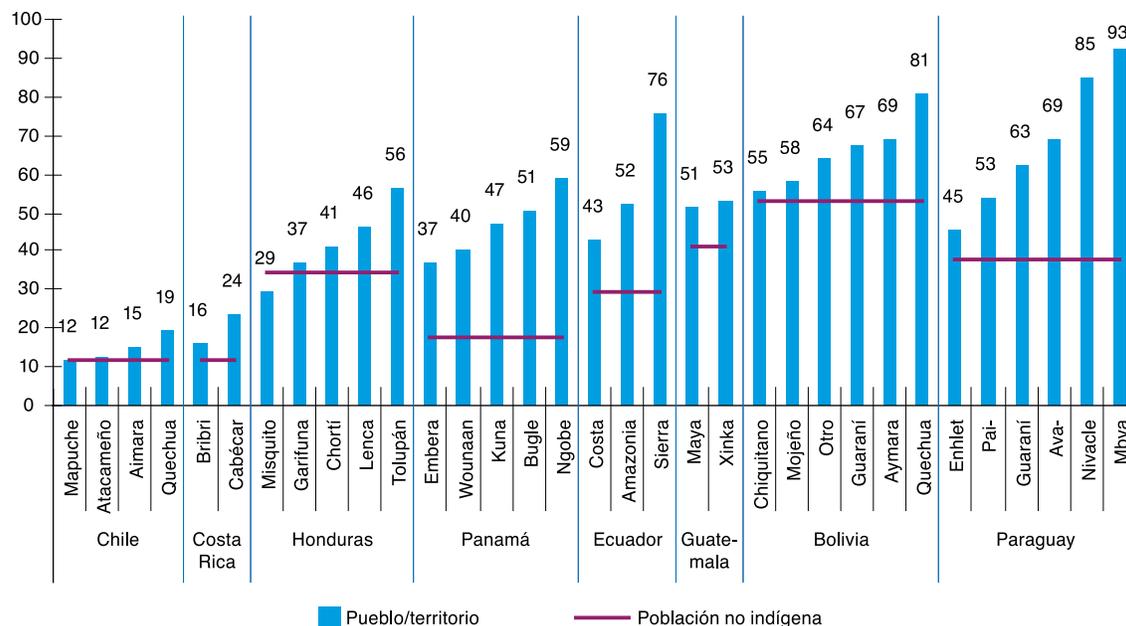
Cuadro III.2
**AMÉRICA LATINA (13 PAÍSES): TASA DE MORTALIDAD INFANTIL POR 1.000 NACIDOS VIVOS,
 SEGÚN CONDICIÓN ÉTNICA Y ZONA DE RESIDENCIA**
(Censos a partir de 1990)

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

Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL, procesamiento especial de microdatos censales.

Nota: Para poder comparar los censos se usaron dos criterios para definir la población indígena. Para Bolivia, Ecuador y México, se definió a partir de los hablantes de idiomas indígenas, ya que solo el último censo incluyó el criterio de autoidentificación. En los demás casos, la población indígena y afrodescendiente se definió a partir de este criterio.

Gráfico III.4
**MORTALIDAD INFANTIL SEGÚN PAÍS Y PUEBLO/TERRITORIO INDÍGENA,
 CENSOS 2000, POR 1.000 NACIDOS VIVOS**



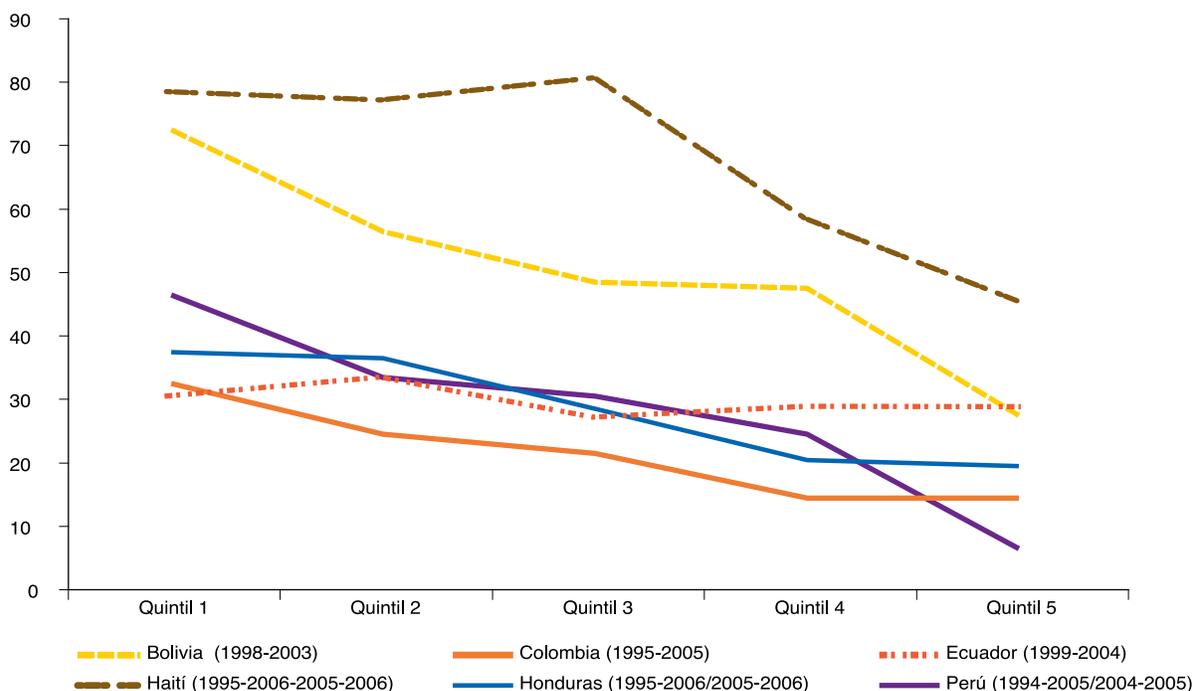
Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *Panorama social de América Latina*, 2006 (LC/G.2326-P), Santiago de Chile, febrero de 2007. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.06.II.G.133.

Como es notorio, la mortalidad infantil de niños indígenas y afrodescendientes varía mucho según el país, lo que indica que el contexto nacional es fundamental. A su vez, también difiere entre los distintos pueblos indígenas y los grupos afrodescendientes. A manera de ejemplo, de acuerdo con el censo del 2005, en Nicaragua la mortalidad infantil afectaba más a estos grupos, sobre todo en las zonas rurales y de manera variada: entre los mestizos de la costa del Caribe la mortalidad era muy elevada (40,2 por 1.000 nacidos vivos), mientras que la tasa de mortalidad infantil de los creole era de 18,8 por 1.000 (véase el cuadro III.2). Tal como se observa en el gráfico III.2, los pueblos indígenas mbya y nivacle de Paraguay y el pueblo quechua de Bolivia tienen mayores probabilidades de morir en la infancia, con cifras equiparables al promedio regional de hace 40 años. En cambio, los niños indígenas con menores riesgos son los mapuches y atacameños de Chile, con 11 y 12,5 por 1.000 nacidos vivos, respectivamente, y cuyos asentamientos son mayoritariamente urbanos.³ Las condiciones en que viven los pueblos quechua y aimara son muy distintas en Bolivia y Chile: en el primero de estos países un niño quechua tiene cinco veces más riesgo de morir antes de cumplir su primer año de vida que en Chile, y entre los aimara la diferencia es de cuatro veces. Por tanto, los programas de salud materno-infantil deben considerar la heterogeneidad entre pueblos, áreas y contextos locales, y las políticas deben tener presentes la base territorial y consideraciones culturales, tanto en el ámbito rural como en las ciudades.

³ Entre los objetivos del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, reafirmado en 2004 por todos los países de la región, se contaba la reducción de la tasa de mortalidad infantil a nivel nacional a menos de 50 por 1.000 nacidos vivos en 2005. Sin embargo, en más de la mitad de los pueblos indígenas incluidos en el estudio la tasa es superior a esta cifra (Del Popolo y Oyarce, 2005).

Por su parte, persisten diferencias significativas en la mortalidad en la niñez medidas por segmentos socioeconómicos: los grupos más desfavorecidos registran sistemáticamente cifras más elevadas de mortalidad,⁴ como puede deducirse del valor sustitutivo (proxy) de la riqueza que se utiliza en las encuestas de demografía y salud (EDS) (véase el gráfico III.5).⁵

Gráfico III.5
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): TASA DE MORTALIDAD INFANTIL, POR QUINTILES DE RIQUEZA DE LAS ENCUESTAS DE DEMOGRAFÍA Y SALUD, AÑOS RECIENTES



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de información proveniente de las bases de datos de los informes finales de las Encuestas de demografía y salud (DHS) [en línea] <http://www.measuredhs.com> y Centros para el Control de Enfermedades (CDC), Encuestas de salud reproductiva.

Como se ha visto, en la región de las Américas se han logrado avances apreciables en la reducción de la mortalidad infantil. Sin embargo, en muchos países la elevada tasa de mortalidad neonatal no ha mejorado según lo previsto. Por ejemplo, entre 1989 y 1998, la tasa de mortalidad cayó un 29% en Bolivia, mientras que la mortalidad neonatal solo disminuyó un 7%. La mortalidad neonatal representa el 60% de las defunciones de menores de un año en la región, lo que revela que los avances en esta materia son lentos

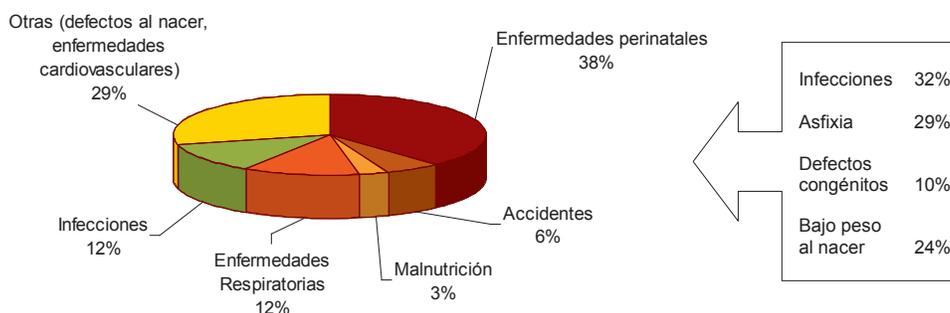
⁴ El Plan de Acción Regional Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo (CEPAL, 1996), instrumento de aplicación regional del Programa de Acción de la conferencia de El Cairo, establece criterios adicionales respecto de la necesidad de disminuir la desigualdad, al postular que las diferencias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

⁵ Estas encuestas no incluyen información sobre los ingresos. La medición de la riqueza, por tanto, es un valor sustitutivo del bienestar que se construye a partir de información sobre algunos activos físicos del hogar, condiciones de habitabilidad de la vivienda y acceso a algunos servicios. No es comparable, por ejemplo, con las mediciones del ingreso o de las necesidades básicas insatisfechas obtenidas mediante encuestas de hogares que sí incluyen información sobre los ingresos. Sobre las numerosas restricciones de este valor sustitutivo de la riqueza, véase Paraje (2008), punto 1.1.

y que persisten las desigualdades de acceso a la atención prenatal y de la salud en general, incluida la atención primaria.

El gráfico III.6 muestra las principales causas de mortalidad en la niñez en las Américas alrededor del año 2005. Durante el período perinatal —que abarca cinco meses antes y un mes después del nacimiento— las principales causas de muerte son las infecciones (32%), la asfixia (29%), la prematuridad (24%), las malformaciones congénitas (10%) u otras (5%) (OPS, 2004). Algunas causas son directas, mientras que otras pueden ser factores de propensión, como la mayoría de los casos de prematuridad y de bajo peso al nacer.

Gráfico III.6
REGIÓN DE LAS AMÉRICAS: PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD, ALREDEDOR DE 2005



Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS), estimaciones de la Unidad de Salud del Niño y del Adolescente, 2005.

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

Varios de los factores de riesgo de mortalidad infantil —incluido el período neonatal— se relacionan directamente con la salud sexual y reproductiva de la madre. Los niños que tienen un alto lugar en el orden de los nacimientos, cuya madre es adolescente —en especial menor de 18 años— o mayor de 40 años o cuyo nacimiento está poco distanciado del anterior tienen mayores probabilidades de morir (véase el cuadro III.3). Estos factores de riesgo son más frecuentes cuando la fecundidad es elevada o escaso el acceso a servicios de planificación familiar. En este sentido, ampliar la cobertura de atención de la salud sexual y reproductiva, incluida la anticoncepción, no solo contribuye a lograr los acuerdos establecidos en el Plan de Acción aprobado en El Cairo, sino también a cumplir los objetivos de desarrollo del Milenio (Banco Mundial, 2003).

Para que la región alcance el objetivo de desarrollo del Milenio 4 y como parte de una estrategia de atención integrada, es imprescindible que la acción sanitaria y comunitaria atribuya un lugar destacado a la salud neonatal e infantil, haciendo más hincapié en la promoción de políticas y programas eficaces, en intervenciones basadas en datos comprobados y en el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia que presten especial atención a las poblaciones pobres y marginadas.

Cuadro III.3
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): MORTALIDAD INFANTIL
 SEGÚN INTERVALO INTERGENÉSICO INFERIOR A 24 MESES, PARIDEZ Y EDAD
 DE LA MADRE, 2002-2006**

	Intervalo intergenésico	Paridez				Edad de la madre (en años)		Total nacional
	< 2 años	Primero	Segundo-Tercero	Cuarto-Sexto	Séptimo +	<20	40-49	(10 años antes)
Bolivia (2003)	115	55	60	77	90	79	74	68
Colombia (2005)	35	21	20	27	40	25	35	22
Guatemala (2002)	58	47	36	45	52	51	93	44
Haití (2005/2006)	97	73	58	66	97	81	98	57
Honduras (2005)	43	28	26	28	42	35	59	29
Nicaragua (2001)	60	28	33	33	59	42	45	35
Perú (2004/2005)	63	20	35	33	40	42	25	30
República Dominicana (2002)	57	29	30	52	57	41	32	35

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de publicaciones nacionales oficiales [en línea] <http://www.measuredhs.com>; y cifras obtenidas mediante procesamiento con STATcompiler en el mismo sitio.

2. OBJETIVO 5: MEJORAR LA SALUD MATERNA

La razón de mortalidad materna se define como el número de mujeres que fallece anualmente por causas relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio, por cada 100.000 nacidos vivos. La meta 6 del objetivo 5 se propone reducirla en tres cuartas partes entre 1990 y 2015.

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

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

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

En América Latina y el Caribe se observa un descenso de la mortalidad materna entre 1997 y 2005. Mientras que en 1997 el riesgo de muerte materna en la región era 16 veces superior que en Canadá, en 2004 el riesgo relativo de muerte materna bajó a 14. Sin embargo, el virtual estancamiento de la razón y del número absoluto de muertes maternas registrado en la década pasada debe ser motivo de preocupación, ya que la región no avanza de manera manifiesta hacia la meta de reducir en tres cuartas partes la incidencia de la mortalidad materna al 2015. Para ello, se requieren esfuerzos adicionales.

Las tasas de mortalidad materna de los países de la región son muy diversas y las tendencias, divergentes: mejoran en algunos países y empeoran marcadamente en otros. Los niveles del grupo formado por Argentina, Chile, Costa Rica, Cuba y Uruguay son inferiores a 50 muertes por cada 100.000 nacimientos. El resto presenta razones que oscilan desde 60 en República Bolivariana de Venezuela, hasta Haití, cuyo valor extremo se eleva a 630 (véase el gráfico III.7).

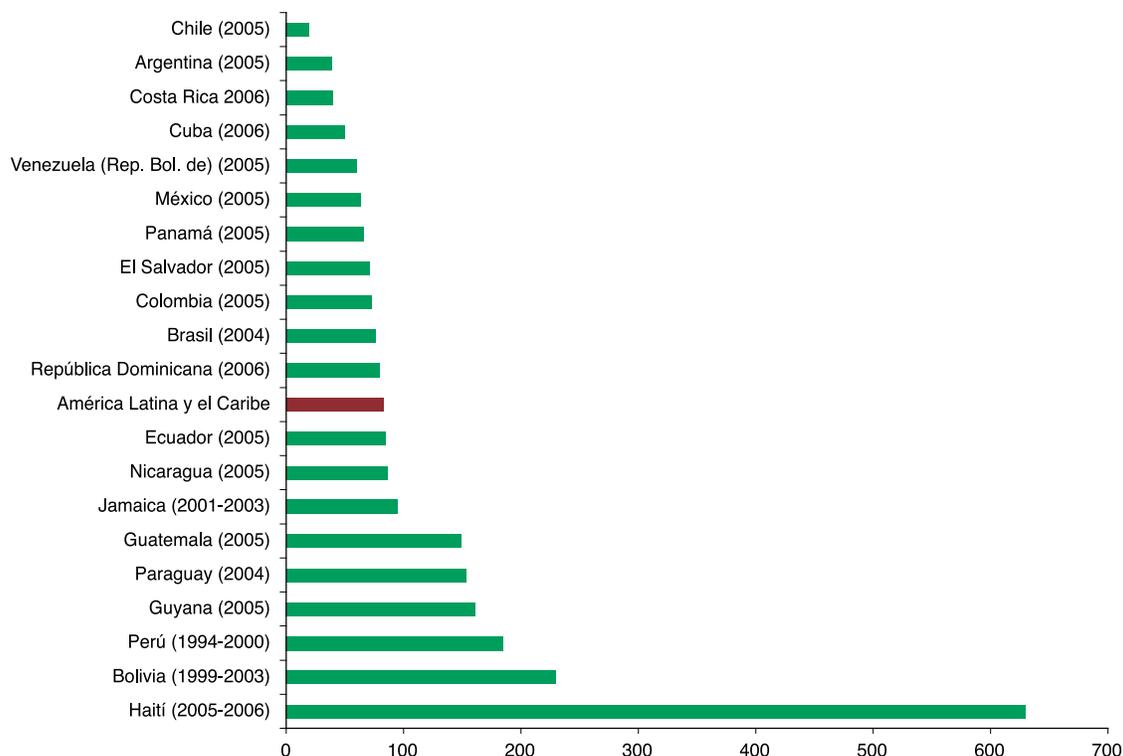
La muerte materna obedece sobre todo a causas obstétricas directas, como hemorragias (20%), toxemia (22%), complicaciones del puerperio (15%) y otras (17%).⁶ Se estima que las defunciones relacionadas con las complicaciones provocadas por el aborto inseguro representan un porcentaje elevado que, debido a que en gran medida no se registran, se estiman en un porcentaje muy superior al 13% que figura en las estadísticas oficiales. El restante 13% obedece a otras causas. La anemia es causa importante de la mortalidad materna, y deficiencias nutricionales de vitaminas y minerales —tales como vitamina A, hierro, yodo, ácido fólico y calcio— están asociadas a complicaciones del embarazo (SCN, 2004).

Uno de los factores más estrechos y universalmente asociados con la reducción de la morbilidad y la mortalidad maternas es la atención prenatal y del parto por personal calificado, que contribuye a evitar complicaciones. También revisten importancia los servicios de planificación familiar y el envío oportuno de las personas a servicios tales como los de tratamiento de enfermedades de transmisión sexual.⁷

⁶ Según el análisis de las defunciones maternas notificadas en 20 países efectuado por la OPS entre 1995 y 2000, basado en distintas fuentes, principalmente estadísticas vitales, datos de la vigilancia epidemiológica y estudios nacionales especiales.

⁷ Se entiende por personal calificado a todo profesional de la salud (médicos, enfermeras, ginecólogos, matronas o parteras, etc.) con formación en las disciplinas necesarias para manejar embarazos y partos sin complicaciones, y para brindar atención en el período inmediato de posparto y para identificar, administrar y remitir casos a instancias más especializadas en caso de que la madre o el recién nacido sufran complicaciones.

Gráfico III.7
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: MORTALIDAD MATERNA POR CADA
 100.000 NACIDOS VIVOS, 2005**



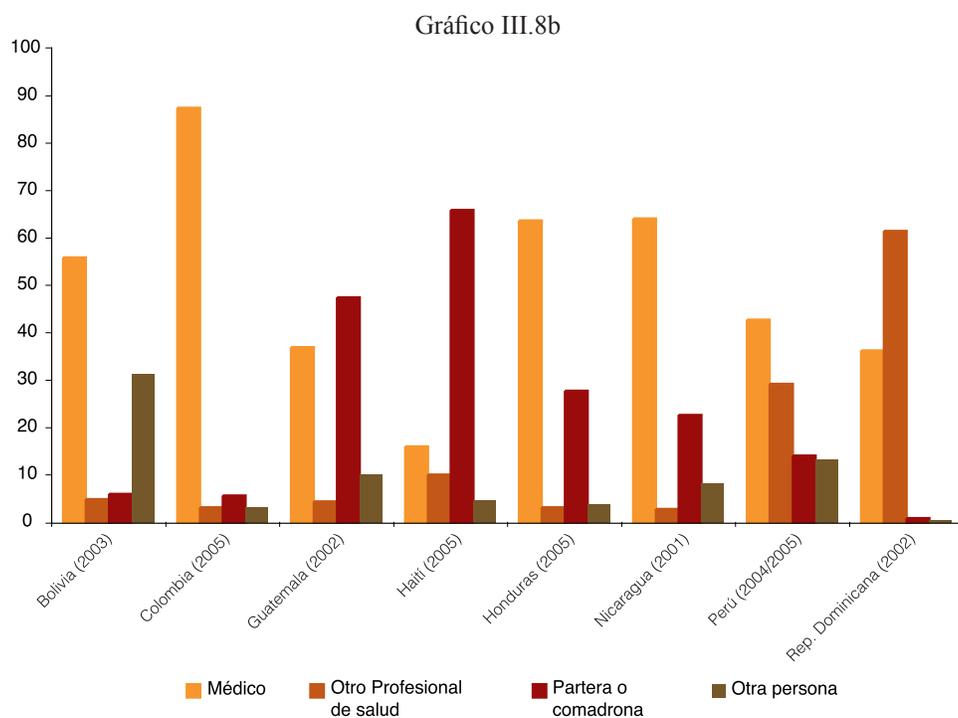
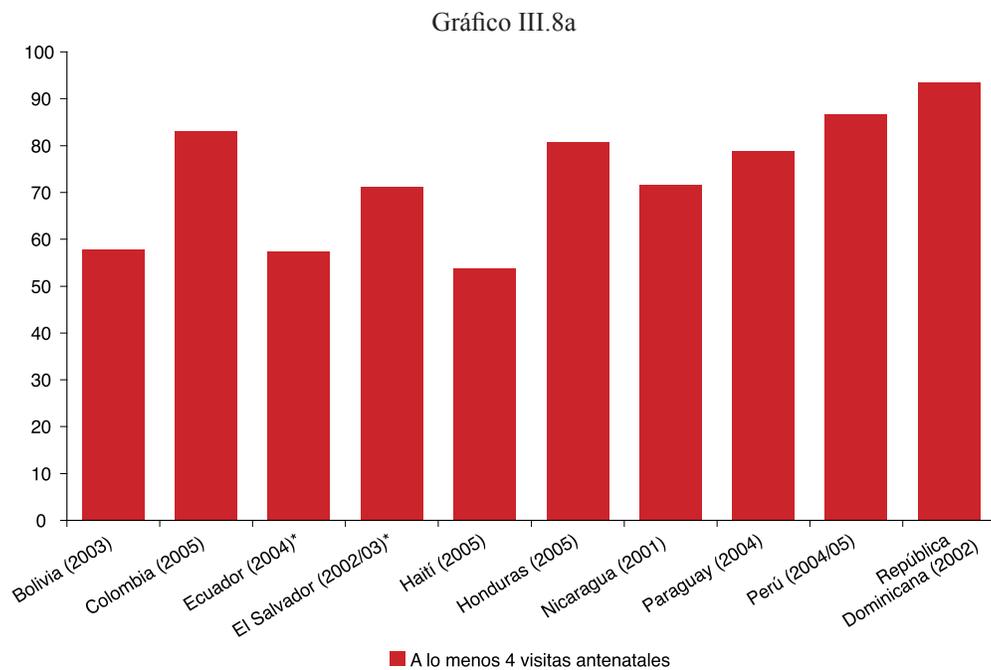
Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS), “La salud neonatal en el contexto de la salud de la madre, el recién nacido y el niño, para cumplir los objetivos de desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas” (CD/47.12), Washington, D.C., 2006.

La atención prenatal y del parto por personal calificado es uno de los indicadores aceptados para verificar el cumplimiento de la meta 6 de los objetivos de desarrollo del Milenio, relativa a la mortalidad materna. En comparación con África y Asia, donde en 2005 esta clase de atención era del 45% al 75% y del 38% al 83%, respectivamente, puede decirse que la posición relativa de América Latina y el Caribe es buena, ya que un 89% de los partos fueron atendidos por personal calificado. En todo caso, es muy inferior a las registradas en Europa y América del Norte (99%).

La atención prenatal y del parto permite identificar situaciones y países en que es preciso introducir mejoras sustanciales (véanse los gráficos III.8a y III.8b). De los 45 países respecto de los cuales se dispone de información (véase el anexo estadístico), 34 han alcanzado el umbral del 90% de nacimientos con atención profesional, establecido como meta para el año 2015 por la Asamblea General de las Naciones Unidas.⁸ Pero, al igual que en el caso de la mortalidad materna, Haití, Guatemala, Bolivia y Perú son los países más rezagados. También hay atrasos importantes en Honduras, Nicaragua, Ecuador y El Salvador.

⁸ Período extraordinario de sesiones dedicado al seguimiento de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, conocido como “CIPD+5”, celebrado en 1999.

Gráfico III.8
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): ATENCIÓN CALIFICADA PRENATAL
 Y DEL PARTO, 2002-2006**
 (En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de las encuestas de demografía y salud (EDS); cifras obtenidas mediante procesamiento con STATcompiler de los informes finales y datos de las encuestas de salud reproductiva de los Centros para el Control de Enfermedades (CDC).

* Cinco visitas antenatales o más.

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

Recuadro III.2
ATENCIÓN MATERNA Y PERINATAL EN PERÚ

Perú tiene una de las tasas más altas de mortalidad materna en América Latina. El 70% de las muertes maternas se concentran en comunidades rurales indígenas. El 60% de las muertes se produce en torno al parto y las principales causas son el sangrado, la toxemia, las infecciones, el parto obstruido y las hemorragias. Por cierto, todos estos factores están determinados por la condición previa de la mujer.

Una de las razones principales es la falta de atención profesional del parto, debido esencialmente a barreras de tres índoles: geográfica, por la lejanía de las casas de los centros de salud; económica, por la pobreza y pobreza extrema, y cultural, que desmotiva a las mujeres a atender su parto con un profesional.

En este sentido, tres de los logros más importantes de la última década han sido la implementación del seguro integral de salud, las casas de espera materna y la atención del parto vertical con adecuación intercultural.

El seguro integral salud (SIS) es una estrategia para mejorar el acceso a la salud de la población pobre. Se creó en 2002, en virtud de la Ley N° 27657 del Ministerio de Salud del 20 de enero de 2002, como un subsidio para las poblaciones más pobres que no cuentan con un seguro de salud (menores de 18 años, mujeres gestantes y grupos de adultos focalizados). Tiene por objeto disminuir las limitaciones de acceso a los servicios de salud, tanto por la existencia de barreras económicas como por las diferencias culturales y geográficas. A continuación se presentan algunos de sus logros:

- Brindó aproximadamente 79,1 millones de prestaciones de salud en solo 60 meses.
- Concentra esfuerzos a favor de la atención gratuita de salud maternoinfantil en áreas rurales y urbano marginales.
- Se han destinado más de 1.206 millones de soles para financiar las prestaciones de salud en todo el país.
- Se ha proporcionado atención gratuita a las madres gestantes y hasta diciembre de 2006 se habían atendido 1.554.896 partos.
- Están afiliados más de 2,7 millones de niños y niñas desde recién nacidos hasta 4 años y más de 196.000 madres pobres.
- El SIS atiende a 7,1 millones de niños y jóvenes en edad escolar (de 5 a 17 años), aunque no sean alumnos regulares de centros educativos.

Las casas de espera materna son establecimientos donde las mujeres que viven lejos de los centros de salud pueden alojarse para esperar el momento del parto. En estas casas no se atienden los partos, pero se cuida y prepara a la gestante para el parto institucional. Además, se ha buscado recrear ambientes cálidos, parecidos al de sus viviendas, e incorporar sus prácticas alimenticias. Asimismo, se permite que las mujeres estén acompañadas de su esposo, sus hijos menores o algún familiar. Existen desde 1999 y en la actualidad suman alrededor de 100, ubicadas en 12 regiones de salud, entre ellas Cusco, Andahuaylas y Abancay (Apurímac), Loreto, Bagua (Amazonas), Junín, Huancavelica, Huanuco, así como Ayacucho, Cajamarca, Junín, Ancash y Puno.

La atención vertical del parto se refiere a la posición que adopta la gestante para dar a luz, que puede ser de pie, sentada o de cuclillas, mientras que el personal de salud se ubica delante o detrás de la gestante para atenderla. Dicha posición le permite al bebé orientarse principalmente al canal del parto, con lo cual se facilita el nacimiento y se disminuyen los traumatismos del recién nacido. La estrategia ha sido institucionalizada en la norma técnica N° 033 del Ministerio de Salud, denominada norma técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural, publicada el 2 de agosto de 2005.

Estas políticas han redundado en un incremento medio del parto institucional de un 20% entre las encuestas demográficas y de salud familiar (ENDES) de 1996 y 2004. Tal incremento ha sido más significativo a nivel rural, donde el parto institucional se triplicó en el mismo período, de un 15% a un 45%, respectivamente. Así se ha contribuido a avanzar hacia el logro de los objetivos del Milenio correspondientes.

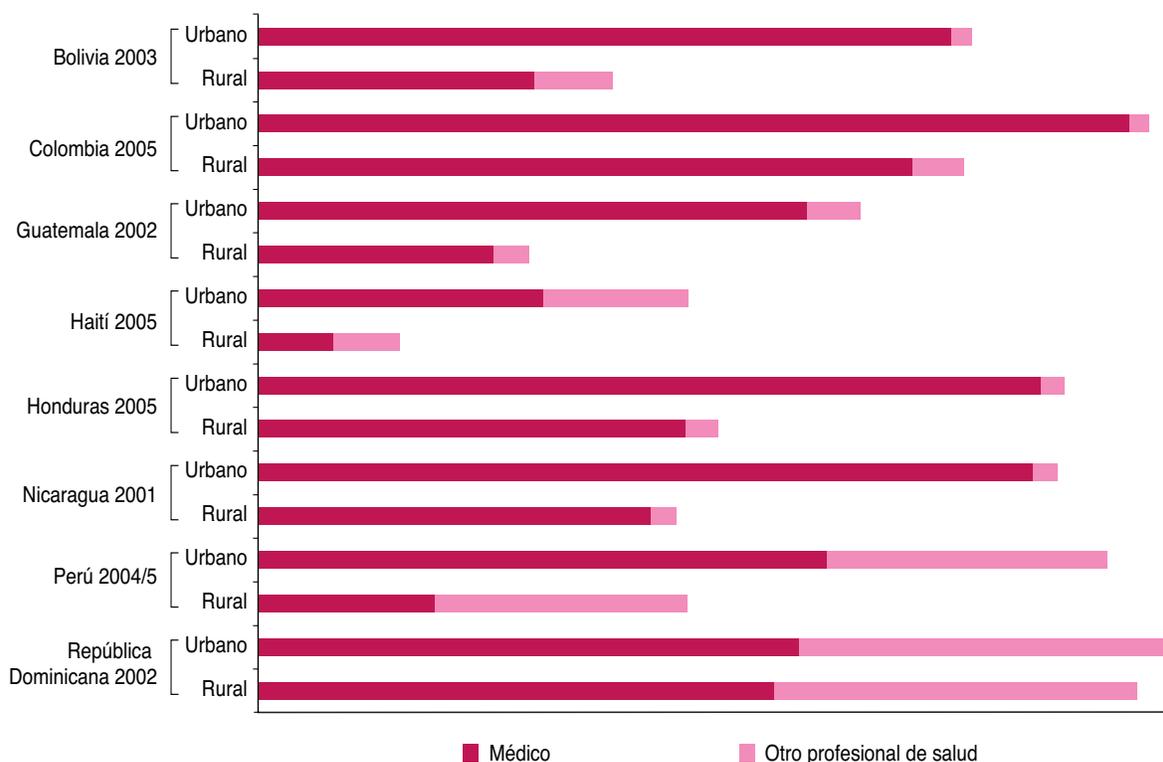
Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS), sobre la base de documentación oficial.

En el recuadro III.2 se identifican algunas políticas realizadas en Perú para superar sus rezagos en esta materia.

Sin embargo, un determinado umbral de atención del parto no garantiza la disminución de la mortalidad materna, que también depende de la efectividad y calidad de la atención de los servicios de salud, además de otros factores socioeconómicos, culturales y ambientales. Por ejemplo, aunque en Guyana y Paraguay la cobertura de atención profesional del parto supera el 85%, la razón de mortalidad materna en ambos países supera los 150 por cada 100.000 nacidos vivos, con 161 y 154 muertes, respectivamente. Es decir, los índices de “atención calificada” no siempre significan que la atención sea prestada por recursos humanos técnicamente capacitados.

Además, hay que examinar las desigualdades existentes en el seno de los propios países. En las zonas rurales y las más alejadas de las ciudades, la proporción de partos atendidos por personal calificado es claramente inferior (véase el gráfico III.9). El contraste puede ser tan marcado como en Haití, donde la atención profesional en las zonas urbanas es aproximadamente cuatro veces superior que en las rurales (UNFPA/EAT, 2004). El estatus socioeconómico también es decisivo. Cuando se analiza este indicador por quintiles de riqueza, por ejemplo, con las encuestas EDS y CDC, se observa que en Perú solo el 28% de los nacimientos de mujeres pertenecientes al quintil más pobre fueron atendidos por personal calificado, mientras que lo fue prácticamente la totalidad de los hogares más ricos.

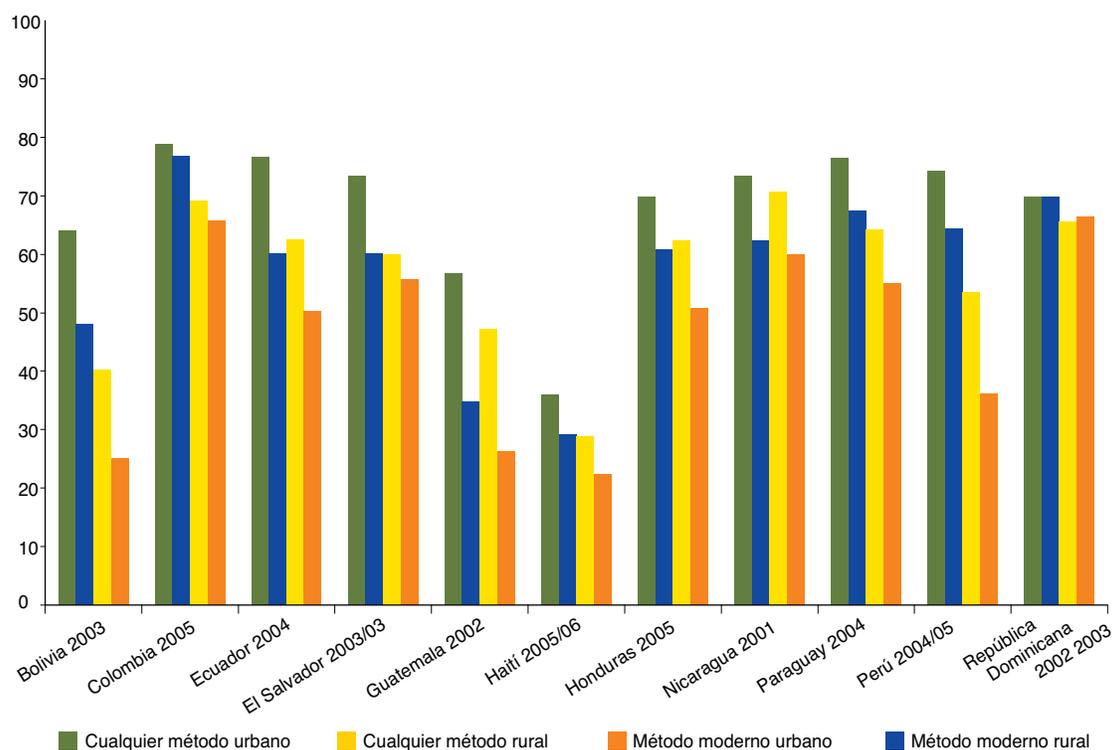
Gráfico III.9
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): PARTOS ATENDIDOS POR PERSONAL CALIFICADO, POR ÁREA DE RESIDENCIA DE LA MADRE, 2002-2006
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de las encuestas de demografía y salud (DHS); cifras obtenidas mediante procesamiento con STATcompiler; y los informes finales y datos de las encuestas de salud reproductiva de los Centros para el Control de Enfermedades (CDC).

Como se dijo, la falta de acceso a métodos anticonceptivos, que origina embarazos no deseados y de alto riesgo, es otro aspecto clave relacionado con la mortalidad materna. En algunos países el uso de anticonceptivos por mujeres en edad fértil (15 a 49 años) aún es bajo y las diferencias entre las áreas rurales y urbanas son notables (véanse los gráficos III.10 y III.11).

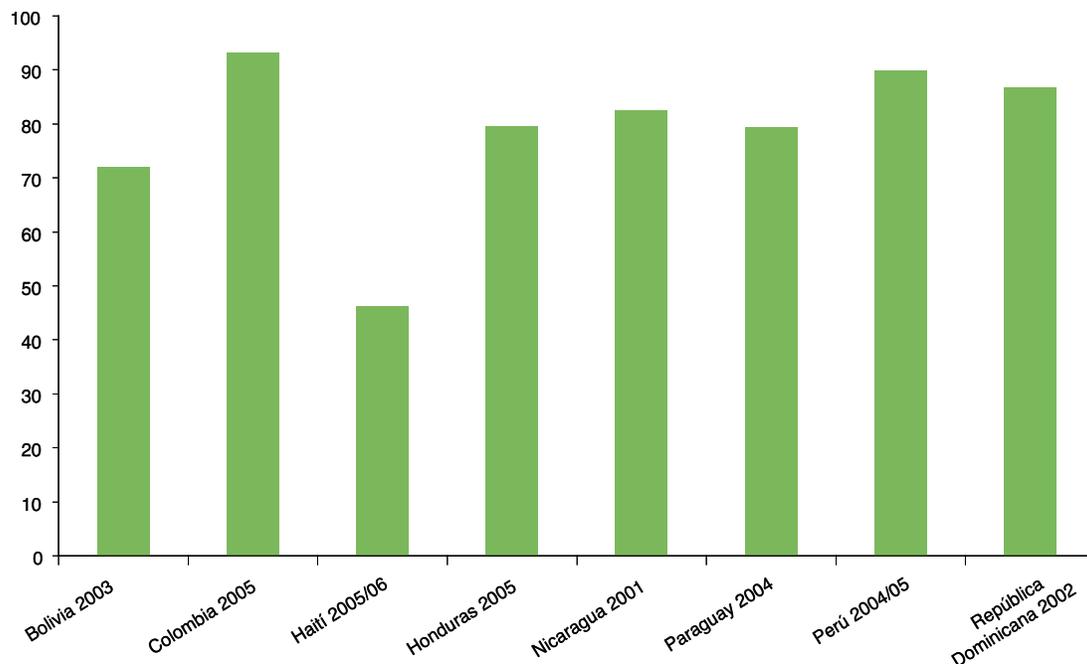
Gráfico III.10
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): USO DE ANTICONCEPTIVOS POR LAS MUJERES EN UNIONES, POR TIPO DE MÉTODO Y ÁREA DE RESIDENCIA, 2002-2006
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de publicaciones nacionales oficiales [en línea] <http://www.measuredhs.com>; y cifras obtenidas mediante procesamiento con STATcompiler en el mismo sitio.

Las desigualdades y las dificultades de acceso y uso de los servicios de salud reproductiva, sobre todo de la población rural y de origen indígena, que tienen una elevada tasa de mortalidad materna, son muy marcadas. Esto se relaciona con la escasez de servicios y cuidados de emergencia y en especial de atención de las emergencias obstétricas (véase el cuadro III.4) o con sus elevados costos. A comienzos de la presente década, países como Honduras y El Salvador no contaban con centros de cuidado obstétrico dotados de los servicios básicos recomendados por las Naciones Unidas y Bolivia apenas llegaba al 11% del nivel recomendado. Además, a las poblaciones se les dificulta el acceso debido a que residen lejos de los centros de salud y cuentan con escasa información sobre los servicios disponibles; de ahí que una manera de contribuir al logro del objetivo sea adoptar medidas para ampliar el acceso y reducir las desigualdades.

Gráfico III.11
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): DEMANDA SATISFECHA DE USO DE ANTICONCEPTIVOS, 2002-2006
 (En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de publicaciones nacionales oficiales [en línea] <http://www.measuredhs.com>; y cifras obtenidas mediante procesamiento con STATcompiler en el mismo sitio.

Cuadro III.4
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): CENTROS DE CUIDADO OBSTÉTRICO DE EMERGENCIA, COMO PORCENTAJE DEL MÍNIMO RECOMENDADO POR LAS NACIONES UNIDAS, SEGÚN EL TAMAÑO DE LA POBLACIÓN

	Número de centros de servicios encuestados	Servicios básicos	Servicios básicos y comprensivos
Bolivia, 2003	85	11	48
Honduras, 2003	27	0	33
El Salvador, 2003	33	0	43
Nicaragua, 1999/00 ^a	123	53	86
Perú, 1999/00 ^b	31	48	58

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

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

^b La evaluación fue hecha para 6 de las provincias del departamento de Ayacucho. El indicador se calcula dividiendo el número de centros de salud que atienden emergencias obstétricas por el tamaño de la población/500.000. Por cada 500.000 habitantes, las Naciones Unidas recomiendan como mínimo 4 centros de servicios básicos y 1 centro de servicios integrales.

3. META 8 DEL OBJETIVO 6: HABER DETENIDO Y COMENZADO A REDUCIR, PARA EL AÑO 2015, LA INCIDENCIA DEL PALUDISMO Y DE OTRAS ENFERMEDADES GRAVES ⁹

a) La lucha contra el paludismo

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

La incidencia del paludismo en América Latina y el Caribe es muy inferior a la de las regiones más afectadas del mundo. Sin embargo, en 21 de los 35 países y territorios miembros de la OPS/OMS hay zonas en que el paludismo se transmite activamente, estimándose que 124 millones de personas están —en diverso grado— expuestas a contraerlo. En 2006 hubo 919.877 casos en la región, es decir, un 20% menos que en 2000. Alrededor del 75% de los casos son causados por el *Plasmodium vivax*, y el resto mayoritariamente por el *Plasmodium falciparum*.¹⁰ En el mismo año se notificaron 219 muertes relacionadas con esta enfermedad, esto es, un 37% menos que en 2000.

En 14 de los 21 países en los cuales la enfermedad es endémica, su incidencia se redujo entre 2000 y 2006. En cuatro de ellos la caída superó el 75%, con lo cual alcanzaron tanto la meta de la iniciativa “Hacer retroceder el paludismo” como el objetivo del Milenio en esta materia. Otros cuatro declararon bajas del 50% al 75% y otros seis reducciones inferiores al 50%. Pero en el mismo período, Colombia, Costa Rica, Guayana francesa, Haití, Panamá, República Dominicana y República Bolivariana de Venezuela dieron cuenta de un aumento del número de casos (véase el cuadro III.5).

Por otra parte, nueve países en que la enfermedad es endémica declararon un índice de láminas positivas (ILP) inferior a 5, lo cual revela un buen control en las áreas de riesgo de paludismo. Siete de ellos también declararon un índice parasitario anual (IPA) inferior a 1/1.000 personas en áreas de riesgo, criterio que se utiliza para clasificar a un país dentro de la etapa previa a la eliminación. Considerando además patrones endémicos, tendencias epidemiológicas y otros aspectos, puede estimarse que Argentina, El Salvador, México y Paraguay se encuentran en esta categoría y tienen mayores posibilidades de progresar hacia la eliminación. Por el contrario, las tendencias epidemiológicas generales de República Dominicana y Haití indican que no van por ese camino. Dada la incidencia y el hecho de que son la única isla del Caribe donde la enfermedad es endémica y considerando el riesgo de transmisión hacia otras islas, es factible y relevante que se propongan erradicarla. Sobre las terapias que se están usando para combatir el paludismo, véase el recuadro III.3.

⁹ Por las razones ya explicadas, no se analiza el VIH/SIDA.

¹⁰ En Brasil, Colombia, Guayana francesa, Guyana, Suriname y República Bolivariana de Venezuela también se registraron casos por *Plasmodium malariae*, correspondientes a menos del 0,01% del total de casos de la región de las Américas.

Cuadro III.5
INDICADORES DEL PALUDISMO EN PAÍSES ENDÉMICOS DE LA REGIÓN, 2006

País	Número de casos comunicados, 2006	Cambio porcentual desde 2000	Índice Parasitario Anual (IPA), 2006	Índice Láminas Positivas (ILP), 2006
Argentina	209	-53	0,09	3,29
Belice	844	-43	3,18	3,28
Bolivia	18 995	-40	13,29	9,11
Brasil	549 184	-10	23,27	15,67
Colombia	120 096	+12	10,52	26,61
Costa Rica	2 903	+55	1,82	11,85
Ecuador	9 863	-91	1,29	3,10
El Salvador	49	-93	0,01	0,04
Guatemala	31 093	-42	7,97	18,40
Guyana	21 064	-12	30,14	10,39
Guayana francesa	4 074	+10	24,98	...
Haití	32 739	+94	4,13	37,22
Honduras	11 561	-67	2,02	9,42
México	2 514	-66	0,90	0,18
Nicaragua	3 114	-87	0,56	0,67
Panamá	1 663	+61	0,52	0,78
Paraguay	823	-88	0,47	0,74
Perú	64 871	-5	3,06	...
República Dominicana	3 525	+186	0,51	0,79
Suriname	3 631	-72	75,65	12,27
Venezuela (Rep. Bol. de)	37 062	+25	5,02	7,73

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Nota: El valor negativo en el cambio porcentual refleja reducción y el positivo indica aumento.
IPA inferior a 1 es un criterio para considerar que el país se encuentra en la fase previa a la eliminación.
ILP inferior a 5 en casos febriles indica que el programa de control es adecuado.

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

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

Recuadro III.3

IMPACTO DE LAS TERAPIAS COMBINADAS CONTRA EL PALUDISMO

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

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

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

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

Un ejemplo del impacto de estos cambios se observa en Guyana y Suriname, países que en la década de 1990 presentaron las tasas más altas de infecciones y mortalidad respecto del *plasmodium falciparum*. En 2004, también sobre la base de los resultados de estudios de eficacia, cambiaron su política oficial de tratamiento e iniciaron el uso de terapia combinada basada en derivados de la artemisinina. Entre 2004 y 2006, Suriname informó una reducción del 60% del número de casos de paludismo, mientras Guayana registró una reducción del 14%. Se observan tendencias semejantes en Bolivia, Ecuador y Perú, países que cambiaron sus políticas, iniciando el uso de terapias combinadas basadas en la artemisinina desde 2004. En cambio, Brasil y Colombia, que solo hicieron cambios en sus esquemas al uso de terapias combinadas a partir de 2006, aún no informan de reducciones de la carga de infecciones por *plasmodium falciparum*.

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

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS).

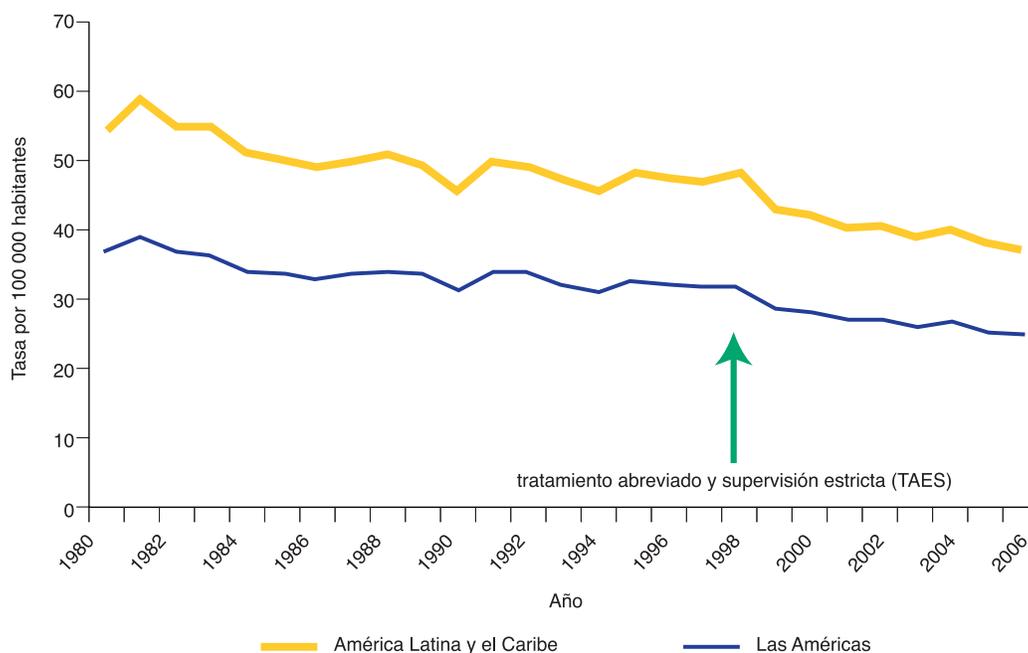
b) El control de la tuberculosis

La incidencia de la tuberculosis también se ha venido reduciendo desde los años 1980 (véase el gráfico III.12) y se espera que esta tendencia se mantenga hasta 2015. En 2006, los países de América Latina y el Caribe notificaron 209.000 casos nuevos; 120.000 de ellos de tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva, forma de grave pronóstico para el enfermo y para la población, por el alto riesgo de muerte y de contagio de la comunidad si no es tratada. El 80% de los casos declarados de tuberculosis pulmonar de baciloscopia positiva afectó a personas entre 15 y 54 años de edad, con predominio de varones respecto de

mujeres: 1,6 hombres por una mujer. Se advierte que afecta a personas en etapas productivas de la vida, con graves repercusiones económicas para las familias y para la sociedad.

El descenso de la tuberculosis declarada se atribuye a acciones de control eficaces en países que cuentan con programas nacionales exitosos y de larga data de control de la enfermedad. De 1996 al 2005 la caída se aceleró gracias a la aplicación y ampliación exitosa de la estrategia de tratamiento abreviado y supervisión estricta, más conocida como TAES, o el tratamiento de observación directa y corta duración (DOTS), que mejoró el control, especialmente en países de escasos recursos económicos y alta prevalencia. Gracias a ellas, muchos países pudieron alcanzar en 2006 las metas internacionales de detección del 70% de los casos existentes de tuberculosis contagiosa y tratar exitosamente el 85% de estos (véanse el gráfico III.12 y el mapa III.1).

Gráfico III.12
REGIÓN DE LAS AMÉRICAS, INCIDENCIA DE LA TUBERCULOSIS NOTIFICADA, 1980-2005



Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS), Global Tuberculosis Control, 2008. Surveillance, Planning, Financing, Washington, D.C., 2008.

Junto con el avance en la detección y tratamiento de la tuberculosis, ha disminuido su prevalencia y la mortalidad conexas. De acuerdo con estimaciones del Programa global de vigilancia y control de la tuberculosis de la Organización Mundial de la Salud, la región de las Américas logró en 2006 reducir a la mitad la prevalencia respecto de 1990 —de 96 a 44 por 100.000 habitantes— y la mortalidad en un 44% —de 9 a 5 por 100.000 habitantes—, posición muy cercana a la meta relacionada con los objetivos de desarrollo del Milenio, que consiste en reducir en el 50% la prevalencia y tasa de mortalidad por tuberculosis en relación con 1990.

Sin embargo, las cifras de los países de América Latina y el Caribe son muy dispares a este respecto. Los que tienen mayores recursos económicos o programas de control exitosos —Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba, República Dominicana, México, Nicaragua, Panamá— alcanzaron la meta relacionada con los objetivos de desarrollo del Milenio antes del 2005. Perú y Puerto Rico la alcanzaron antes de 2006,

y se estima que los restantes la alcanzarán en 2015. Pero para lograrlo, los países que sobrellevan una alta carga o riesgo de tuberculosis, a saber, Belice, Bolivia, Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Paraguay, Suriname y República Bolivariana de Venezuela, deberán realizar actividades encaminadas deliberadamente a controlar la enfermedad y asumir un férreo compromiso político, expresado en el suministro de una financiación sostenible. Debido a la epidemia de VIH/SIDA que azota a Guyana, la incidencia, prevalencia y mortalidad por tuberculosis han aumentado de manera sostenida y es probable que este sea el único país de la región de las Américas que no logrará alcanzar ese componente de las metas del Milenio en 2015 (véase el cuadro III.6).

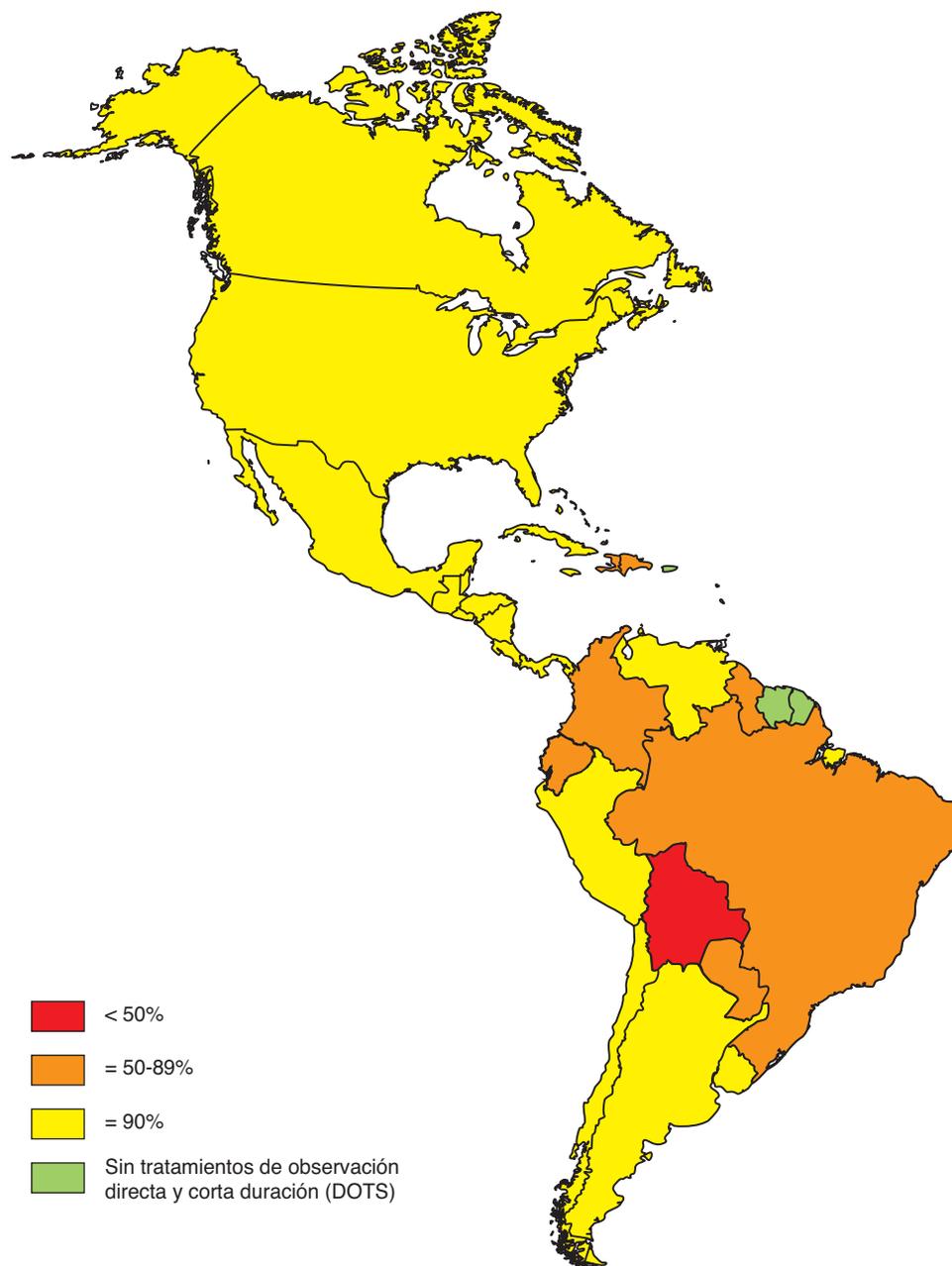
Cuadro III.6
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: TASAS DE PREVALENCIA Y MORTALIDAD POR
TODAS LAS FORMAS DE TUBERCULOSIS, 1990 Y 2006

País	1990		2006	
	Prevalencia	Mortalidad	Prevalencia	Mortalidad
Argentina	122	10	48	5
Belice	79	10	58	6
Bolivia	478	53	266	30
Brasil	128	7	57	4
Chile	59	5	16	1
Colombia	107	10	58	6
Costa Rica	36	4	16	1
Cuba	38	3	10	1
Ecuador	348	45	193	26
El Salvador	163	17	67	9
Guatemala	142	15	111	14
Guyana	79	10	187	29
Haití	774	111	400	58
Honduras	189	17	96	11
Jamaica	14	1	10	1
México	103	10	25	2
Nicaragua	197	22	74	7
Panamá	114	9	44	4
Paraguay	119	13	101	12
Perú	501	37	193	16
Puerto Rico	34	4	5	1
República Dominicana	236	29	117	15
Suriname	167	19	96	13
Uruguay	45	4	34	3
Venezuela (Rep. Bol. de)	60	6	53	6
AMR	96	9	45	4

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS), *Global Tuberculosis Control, 2008. Surveillance, Planning, Financing*, Washington, D.C., 2008.

Nota: Tasa de prevalencia = casos por 100.000 habitantes; tasa de mortalidad = muertes por 100.000 habitantes.

Mapa III.1
COBERTURA GEOGRÁFICA DE TRATAMIENTOS DE OBSERVACIÓN DIRECTA
Y CORTA DURACIÓN (DOTS)/TAES EN LAS AMÉRICAS, 2006



Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS), *Global Tuberculosis Control, 2008. Surveillance, Planning, Financing*, Washington, D.C., 2008.

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

La estrategia regional “Alto a la TB” y el plan mundial “Alto a la TB 2006-2015” se implementan en la región de las Américas mediante el Plan regional de control de la tuberculosis 2006-2015. Ambos documentos establecen los pasos para alcanzar los objetivos de desarrollo del Milenio respecto de la tuberculosis, y constituyen un llamado al compromiso político y a movilizar recursos que, a largo plazo, permitan eliminar la tuberculosis como problema de salud pública. El Salvador es un ejemplo de la aplicación con calidad de la estrategia “Alto a la TB”. Desde su aplicación ha incrementado la detección de casos de TB así como su curación, ha disminuido la letalidad de la TB ligada al VIH y la multidrogoresistencia tanto en los casos nuevos como en los previamente tratados a valores inferiores al 1% y esto ha contribuido a mejorar la calidad y capacidad de resolución del sistema sanitario en general. Esta constatación apoya la necesidad de la implementación de la estrategia a escala regional.

ANEXO

Cuadro A-III.1
EVALUACIÓN DEL LOGRO DE OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO SELECCIONADOS
RELACIONADOS CON LA SALUD

	Indicador 13			Indicador 14			Indicador 15				Indicador 16				Indicador 17			
	Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años por cada 1 000 nacidos vivos			Tasa de mortalidad infantil por cada 1 000 nacidos vivos			Niños vacunados contra el sarampión				Tasa de mortalidad materna (100 000 nacidos vivos)				Partos con asistencia de personal sanitario especializado			
	Nivel 1990	Nivel 2007	Avance al 2007 (%)	Nivel 1990	Nivel 2007	Avance al 2007 (%)	Nivel 1990	2000 y adelante		Avance	2000	2000 y adelante		Avance	Nivel 2000	2000 y adelante		Avance
América Latina y el Caribe	55,7	27,5	-50,6	42,4	22,0	-48,2	76	92			87	82,8		-0,05	85			
Países con desarrollo humano medio bajo y bajo																		
Haití	133,5	73,0	-45,3	92,8	49,6	-46,6	31	66	2006	112,9	523	630	2005/2006	20,5	24	26	2005	8,3
Guatemala	85	39,9	-53,1	60,95	31,0	-49,2	68	95	2006	39,7	153	148,8	2005	-2,7	41	31	2004	-24,4
Nicaragua	75,8	26,6	-64,9	56,5	22,0	-61,1	82	98	2006	19,5	100	86,5	2005	-13,5	82	80	2005	-2,4
Honduras	66,8	42,4	-36,5	47,7	28,5	-40,1	90	91	2006	1,1						67	2005	
Bolivia	113	62,1	-45,0	82,6	46,6	-43,6	53	88	2006	66,0	230	230	1999/2003	0,0	52	64	2006	23,1
Países con desarrollo humano medio																		
El Salvador	64,1	29,6	-53,8	47,1	22,0	-53,3	98	98	2006	0,0		71,2	2005			44	2005	
Ecuador	65,3	26,4	-59,6	49,85	21,5	-56,9	60	97	2006	61,7	90	85	2005	-5,6	69	80	2005	15,9
República Dominicana	70,7	33,6	-52,5	55,25	30,1	-45,5	96	99	2006	3,1	77	80	2006	3,9	96	96	2006	0,0
Paraguay	55,8	38,4	-31,2	44,8	32,4	-27,8	69	88	2006	27,5	152	153,5	2004	1,0	86	86	2004	0,0
Perú	85,7	30,2	-64,8	57,8	22,1	-61,7	64	99	2006	54,7	185	185	1994/2000	0,0	59	71	2004	20,3
Países con desarrollo humano medio alto																		
Colombia	52,3	26,2	-49,9	31,45	19,2	-38,8	82	88	2006	7,3	105	72,7	2005	-30,8	86	97	2005	12,8
Brasil	59,6	29,5	-50,5	47,45	24,0	-49,5	78	99	2006	26,9	45	76,1	2004	69,1	97	97	2004	0,0
Venezuela (Rep. Bolivariana de)	30,3	22,2	-26,7	25	17,2	-31,2	61	95	2006	55,7	60	59,9	2005	-0,2		95	2008	
Panamá	35,8	24,3	-32,1	28,3	18,4	-34,8	73	94	2006	28,8	61	66	2005	8,2	90	91	2005	1,1
Países con desarrollo humano alto																		
México	44,3	20,5	-53,7	36,3	17,1	-52,9	75	96	2006	28,0	79	63,4	2005	-19,7	85	94	2006	10,6
Cuba	19	7,1	-62,6	15,6	5,2	-66,7	94	96	2006	2,1	34	49,4	2006	45,3	100	100	2006	0,0
Costa Rica	18,6	11,1	-40,3	15,95	10,0	-37,6	90	90	2006	0,0	36	39,3	2006	9,2	96	94	2006	-2,1
Uruguay	25	16,2	-35,2	21,35	13,2	-38,0	97	94	2006	-3,1	11					100	2005	
Chile	19,3	9,1	-52,8	16,25	7,3	-55,2	82	91	2006	11,0	19	19,8	2005	4,2	100	100	2005	0,0
Argentina	30	22,5	-25,0	25,6	13,6	-47,1	93	97	2006	4,3	35	39,2	2005	12,0	98	99	2005	1,0
Países del Caribe																		
Anguila						...		93	2006			0	2006			100	2006	
Antigua y Barbuda						...	89	99	2006	11,2	65	0	2006	-100,0	100	100	2006	0,0
Antillas Neerlandesas		17,0		16,05	14,8	-7,7		93	2006									
Aruba		20,2		16,85	17,2	2,0									99	96	2002	-3,0
Bahamas		17,2		22,85	14,0	-38,9	86	88	2006	2,3						99	2006	
Barbados		11,3		15,05	10,3	-31,4	87	93	2006	6,9	81	0	2005	-100,0	98	100	2005	2,0
Belice		20,3		32,6	16,6	-49,0	86	99	2006	15,1	68				100	91	2006	-9,0
Bermuda								96	2005							100	2005	

(continúa)

Cuadro A-III.1 (conclusión)

	Indicador 13			Indicador 14			Indicador 15				Indicador 16				Indicador 17			
	Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años por cada 1 000 nacidos vivos			Tasa de mortalidad infantil por cada 1 000 nacidos vivos			Niños vacunados contra el sarampión				Tasa de mortalidad materna (100 000 nacidos vivos)				Partos con asistencia de personal sanitario especializado			
	Nivel 1990	Nivel 2007	Avance al 2007 (%)	Nivel 1990	Nivel 2007	Avance al 2007 (%)	Nivel 1990	2000 y adelante		Avance	2000	2000 y adelante		Avance	Nivel 2000	2000 y adelante		Avance
Dominica						...	88	99	2006	12,5		0	2005		100	99	2005	-1,0
Granada		41,6		44,15	34,2	-22,6	85	99	2006	16,5		0	2002		100	100	2005	0,0
Guadalupe		9,1		15,6	6,9	-56,1										92	2005	
Guayana Francesa		15,2		22,45	13,5	-39,7										49	2004	
Guyana		58,1		64,8	43,6	-32,8	73	90	2006	23,3	133	161,2	2005	21,2	90	94	2005	4,4
Islas Caimán						...		86	2006			0	2006			100	2006	
Islas Turcas y Caicos						...		99	2006						88	100	2006	13,6
Islas Vírgenes de los Estados Unidos		10,1		15,55	8,7	-44,2										98	2004	
Islas Vírgenes Británicas						...		99	2005			0	2005			100	2006	
Jamaica		17,2		21,85	13,7	-37,3	74	87	2006	17,6		95	2001 2003			89	2002	
Martinica		8,1		9,75	6,6	-31,9						0	2004			100	2004	
Montserrat						...		99	2006			0	2006			100	2006	
Puerto Rico		9,1		12,7	7,3	-42,6										100	2005	
Saint Kitts y Nevis						...	99	99	2006	0,0		0	2005			100	2005	
San Vicente y las Granadinas		28,4		32,3	23,6	-26,8	96	99	2006	3,1		0	2006			100	2005	
Santa Lucía		16,3		18,45		...	82	94	2006	14,6	35				100	100	2005	0,0
Suriname		35,4		35,35	28,1	-20,5	65	83	2006	27,7	153				91	90	2004	-1,1
Trinidad y Tabago		18,2		15,85	12,7	-20,1	70	89	2006	27,1						100	2003	

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) sobre la base de documentación oficial de los países.

CAPÍTULO IV

LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL, SUS DETERMINANTES Y SU INCIDENCIA EN EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS¹

La salud de las personas no es un fenómeno aislado y sus principales determinantes son de carácter social, en especial la pobreza, la desnutrición y las malas condiciones de empleo, pero también influyen en ella el género, la etnia y la raza; de allí que los distintos aspectos de los objetivos de desarrollo del Milenio estén relacionados entre sí (OPS, 2007b). Cuando se trata de explicar cuáles son los factores que determinan la salud y las desigualdades que se observan al respecto, es preciso reconocer que las ventajas e inconvenientes en un ámbito determinado de la vida tienden a acompañarse de ventajas y desventajas en otros terrenos, que se estructuran longitudinalmente a lo largo de la vida de las personas. Los inconvenientes tienden a agruparse y a reforzarse recíprocamente y pueden conducir a marcados gradientes sociales en lo que respecta a la salud individual y a vulnerabilidades específicas de determinados grupos de la población, que requieren estudios y acciones en múltiples niveles (CDSS, 2007).²

Precisamente para atraer la atención de los gobiernos, la sociedad civil, los organismos internacionales y los donantes hacia opciones factibles que propicien mejores condiciones sociales de salud, particularmente para las personas más vulnerables, en 2005 y por un período de tres años, la Organización Mundial de la Salud formó la Comisión sobre determinantes sociales de la salud (CDSS). La Comisión deberá promover que la equidad sea un objetivo compartido por los diferentes sectores de gobierno y al cual contribuyan distintos actores sociales y deberá sentar las bases de una nueva agenda sanitaria. La estrategia apoya cambios de las políticas sanitarias en los países, mediante modelos y prácticas eficaces y basadas en la evidencia que aborden los determinantes sociales de la salud, así como la formación de nuevas redes de acción e investigación para encarar los determinantes sociales de la salud con la participación simultánea de destacados científicos, profesionales, organizaciones de la sociedad civil, funcionarios públicos e iniciativas mundiales.

El análisis que se ofrece a continuación se ocupa de esta temática a partir de la situación nutricional de la población infantil. Tal como demuestran numerosos estudios, la erradicación de la pobreza extrema y del hambre y la reducción de la mortalidad infantil se relacionan estrechamente con la situación nutricional de la población infantil. En el capítulo II se vio que la desnutrición se concentra de manera desproporcionada en los estratos socioeconómicos más bajos: en lo que respecta a políticas, la marcada desigualdad que se observa en materia de desnutrición crónica y su alta prevalencia entre los más pobres exige atacarla desde su desigual distribución. De allí la importancia de comprender no solo sus causas a fin de poder actuar sobre ellas, sino también cuál es su distribución socioeconómica a lo largo del tiempo y detectar qué variables socioeconómicas, ambientales y biomédicas relevantes la explican.

Para ello, a partir de un análisis de encuestas de demografía y salud de cinco países latinoamericanos y dos caribeños realizadas durante la década de 1990 y primeros años de la siguiente,³ en este capítulo se

¹ Este capítulo se basa en Paraje (2008), consultoría a la que se remite para más detalles.

² Debido a la calidad muestral requerida para el análisis econométrico, no pudieron estudiarse otras dimensiones de los objetivos tales como mortalidad infantil o materna. Por esta razón, se optó por la desnutrición crónica infantil.

³ Los países se seleccionaron en función de la disponibilidad de encuestas de demografía y salud —más conocidas como (DHS)— relativamente recientes, y que permitían realizar una comparación: Bolivia (1994, 2003); Colombia (1995, 2005); República Dominicana (1996, 2002); Haití (1994, 2005); Guatemala (1995, 1999); Nicaragua (1997, 2001) y Perú (1996, 2004). Como se aprecia, incluye algunos países rezagados en el avance hacia el cumplimiento de los objetivos de desarrollo del Milenio. La muestra comprende niños menores de 5

describen las tendencias generales de la desnutrición crónica infantil,⁴ se analiza su nivel en relación con las causas de su distribución socioeconómica y se investigan los cambios ocurridos en esta distribución. Se trata de hallazgos correspondientes a siete países y por ende la pretensión no es derivar conclusiones de carácter universal para las políticas que actúan sobre los determinantes de la desnutrición.

1. TENDENCIAS GENERALES DE LOS NIVELES DE DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN PAÍSES SELECCIONADOS

Si bien los niveles de desnutrición crónica infantil de los países examinados son disímiles, su caracterización es semejante. En tal sentido, el cuadro IV.1 ilustra la prevalencia de la desnutrición crónica —porcentaje de niños desnutridos sobre el total de niños— en algunas categorías escogidas. Para que el análisis posterior sobre las causas no lleve a confusión, hay que subrayar que en el cuadro no se muestran relaciones de causalidad —ni siquiera de relación estadística— sino porcentajes de desnutrición crónica cuando se considera solo una variable o categoría a la vez.

En todos los casos, tiene mayor prevalencia en los hogares rurales que en los urbanos. Aunque varía de un país a otro, no es infrecuente encontrar tasas de desnutrición dos (por ejemplo, Bolivia, Colombia, Haití, Nicaragua) y hasta cuatro veces superiores (por ejemplo, Perú) entre los primeros y los segundos.

Además, en todos los casos la prevalencia se incrementa conforme se reduce el quintil de “riqueza”⁵ al que pertenece el hogar y disminuye cuanto menor sea la escolaridad materna o de la pareja.

La relación entre desnutrición y situación laboral de la madre, por su parte, es menos clara. En algunos países (Colombia, Guatemala, Nicaragua, República Dominicana) las mayores tasas de desnutrición crónica se encuentran en niños cuyas madres no tienen trabajo remunerado. Pero en otros (Bolivia, Haití, Perú) se dan en niños cuyas madres poseen trabajo no calificado, posiblemente debido a que los bajos ingresos de tales ocupaciones limitan una ingesta nutricional apropiada o bien a que los niños no reciben un cuidado adecuado.

años (59 meses de vida), excepto para Bolivia, donde se consideran niños menores de 3 años (35 meses de vida). Las variables explicativas se seleccionaron en función de la evidencia teórico-empírica aportada por estudios pertinentes y de la información proporcionada por las encuestas. En este sentido, las estimaciones acerca de la relación entre desnutrición crónica infantil y el conjunto de variables explicativas corresponden a “formas reducidas”, que incorporan implícitamente cierto número de relaciones entre la desnutrición y variables no utilizadas directamente.

⁴ Se eligió esta medida de privación antes que otras, como la desnutrición aguda (bajo cociente altura/peso) o la desnutrición global (bajo cociente peso/edad), debido a que refleja mejor situaciones críticas pasadas y privaciones continuas sufridas por los niños, que pueden comprometer su desarrollo de manera permanente. Permite considerar no solo el estado actual de la persona, que puede variar poco después de medido, sino los determinantes genéticos, geográficos, socioeconómicos y otros de largo plazo de su estado de salud (Larrea y Kawachi, 2005).

⁵ Reiteramos que las DHS no proporcionan información alguna sobre gastos o ingresos monetarios, o ambos, que permita conocer el nivel socioeconómico de los hogares. En cambio, sí incluyen datos sobre el uso de ciertos activos físicos, las condiciones de habitabilidad de la vivienda y el acceso de los hogares a ciertos servicios. No todos los países recogen la misma información, pero idealmente es posible considerar si estos poseen: i) electricidad; ii) radio; iii) televisión; iv) refrigerador; v) teléfono; vi) teléfono celular; vii) computador; viii) bicicleta; ix) motocicleta; x) automóvil; xi) habitación separada para cocinar y xii) terrenos agrícolas propios. Asimismo y dentro de las características de habitabilidad de la vivienda, se considera: i) el número de personas por pieza; ii) la fuente de agua potable; iii) el tipo de servicios sanitarios; iv) el material del piso; v) el material del muro y vi) el material del techo. Considerando esta información y aplicando la metodología de Filmer y Pritchett (2001), basada en el análisis de los componentes principales, es posible construir un índice de bienestar material o de riqueza material. Con este índice se puede ordenar y estratificar a los hogares y a las personas según su posición socioeconómica. Se trata de un valor sustitutivo (*proxy*) rudimentario de la riqueza, que permite ubicar a cada hogar dentro del cuadrante socioeconómico y que admite hacer una desagregación a la manera de Oaxaca, como la realizada por Paraje (2008), que se expondrá más adelante. Por tratarse de un valor sustitutivo con estas limitaciones, a lo largo del capítulo los términos riqueza o índice de riqueza se usan entre comillas.

Cuadro IV.1
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): CARACTERIZACIÓN
 DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA SEGÚN CATEGORÍAS, 1994-2005**
(En porcentajes)

Variables	Bolivia		Colombia		R, Dominicana		Guatemala		Haití		Nicaragua		Perú	
	1994	2003	1995	2005	1996	2002	1996	2002	1994	2005	1997	2001	1996	2004
Promedio nacional	26,8	24,1	14,8	11,5	10,8	8,9	49,7	46,1	32,0	23,1	24,6	20,0	25,8	24,3
Regiones														
Región 0	31,7	29,4	16,4	12,2	6,5	8,7	33,5	27,8	17,0	15,9	14,9	7,5	10,6	8,0
Región 1	17,1	15,0	15,1	13,8	14,3	11,7	55,3	56,3	37,4	26,5	23,6	15,9	25,3	17,7
Región 2	28,2	25,4	13,5	10,6	6,8	7,5	44,0	49,4	34,5	27,2	31,7	27,4	34,4	36,2
Región 3	-	-	13,3	9,7	14,6	7,0	44,8	45,0	-	-	28,5	27,7	32,9	21,0
Región 4	-	-	16,6	11,3	18,4	12,8	45,8	45,6	-	-	-	-	-	-
Región 5	-	-	-	-	11,6	9,1	59,5	54,6	-	-	-	-	-	-
Región 6	-	-	-	-	20,4	10,5	69,7	69,0	-	-	-	-	-	-
Región 7	-	-	-	-	11,8	6,5	-	-	-	-	-	-	-	-
Área														
Rural	34,8	33,0	18,9	16,7	15,3	10,9	56,5	54,5	36,4	27,3	31,1	28,8	40,4	40,0
Urbana	19,7	17,5	12,4	9,0	7,4	7,8	35,2	31,8	23,6	14,8	18,8	11,3	16,2	9,3
Riqueza														
Quintil 1	40,9	38,0	23,6	19,5	21,3	15,6	64,3	66,3	45,2	32,6	37,8	34,9	45,6	47,6
Quintil 2	33,2	31,1	16,5	12,4	10,4	9,8	61,5	59,7	34,7	31,0	28,7	25,7	30,5	33,5
Quintil 3	23,4	18,5	13,2	9,8	7,9	7,6	53,4	53,7	37,8	25,4	22,2	15,9	18,8	14,4
Quintil 4	18,9	14,3	7,4	6,2	5,7	5,4	33,6	27,5	25,3	15,4	12,9	8,0	10,1	4,4
Quintil 5	7,1	7,1	6,0	2,8	2,5	2,9	11,9	7,6	11,2	4,6	8,5	4,5	5,1	4,8
Educación de la madre														
Sin educación	43,2	38,5	25,6	26,7	23,4	14,9	63,3	63,8	39,0	33,5	37,4	35,7	50,8	54,3
Primaria incompleta/completa	30,0	30,2	18,6	15,0	13,8	12,0	46,2	43,1	28,4	22,1	26,1	20,7	32,7	39,1
Secundaria incompleta/completa	15,0	13,3	7,5	8,0	6,7	7,0	14,2	12,7	16,1	8,7	11,3	8,2	12,7	13,7
Terciaria incompleta/completa	6,8	9,6	6,8	3,9	1,6	3,2	8,1	1,7	0,0	2,6	5,2	4,3	4,9	3,4
Situación laboral de la madre														
No trabaja	22,8	21,4	14,9	14,5	12,7	10,4	52,6	48,5	30,6	21,4	25,9	22,4	24,0	13,9
Trabajo calificado	16,2	21,4	9,6	4,9	3,6	6,3	36,6	35,9	14,7	5,6	16,3	8,2	7,0	7,6
Trabajo no calificado	31,8	26,4	15,8	11,6	10,0	7,0	43,9	42,3	34,6	25,7	24,5	19,3	29,3	32,1
Educación de la pareja														
Sin educación	38,5	31,7	19,4	16,3	21,4	13,6	61,8	59,9	36,9	33,4	34,4	30,2	49,4	45,3
Primaria incompleta/completa	31,9	32,5	17,7	14,8	15,3	12,0	52,3	51,4	35,8	27,0	25,9	22,1	37,1	39,7
Secundaria incompleta/completa	22,4	16,3	8,7	7,8	7,2	6,9	18,1	17,3	16,0	11,2	15,8	9,7	17,5	19,6
Terciaria incompleta/completa	9,1	10,5	6,7	3,9	2,1	2,8	13,4	4,2	16,1	5,8	10,3	4,4	8,6	7,1
Sexo														
Masculino	26,6	25,7	15,8	12,2	12,0	10,1	50,3	47,3	33,1	24,0	26,1	20,2	26,4	26,4
Femenino	26,9	22,4	13,7	10,8	9,4	7,6	49,0	45,1	30,9	22,2	23,2	19,9	25,1	22,2

(continúa)

Cuadro IV,1 (conclusión)

Variables	Bolivia		Colombia		R, Dominicana		Guatemala		Haití		Nicaragua		Perú	
	1994	2003	1995	2005	1996	2002	1996	2002	1994	2005	1997	2001	1996	2004
Orden de nacimiento														
Primer niño	18,9	17,0	10,7	7,8	6,0	6,5	39,8	36,7	29,7	17,3	17,6	14,9	15,9	16,5
Segundo niño	19,7	22,9	13,3	10,9	10,2	8,0	39,6	35,4	26,5	18,6	20,9	15,8	21,3	17,5
Tercer niño	24,4	21,9	16,3	11,7	10,5	8,7	47,2	44,2	30,5	21,6	23,5	17,4	22,3	21,7
Cuarto niño o posterior	35,0	30,2	21,5	19,4	18,0	13,7	59,2	56,7	35,6	29,7	32,2	29,0	38,1	41,0
Edad														
Menor de 12 meses	11,0	9,5	6,0	6,0	6,3	5,3	22,5	21,1	10,0	11,2	9,1	6,3	10,2	7,1
Entre 12 y 24 meses	38,1	32,5	16,8	16,6	14,8	11,6	57,2	53,1	31,5	30,3	29,7	21,9	31,5	29,0
Mayor de 24 meses	31,4	29,1	17,1	11,7	10,8	9,0	57,2	51,7	40,4	24,7	28,1	23,7	28,8	28,9
Atención profesional en el parto														
Sin atención profesional en el parto	37,0	36,8	26,7	19,5	24,6	18,3	62,0	60,2	36,5	30,1	34,2	35,4	42,0	45,2
Con atención profesional en el parto	16,4	17,1	12,6	10,7	10,2	8,6	46,8	43,6	26,8	17,6	19,8	18,4	14,0	15,5

Fuente: Guillermo Paraje, “Evolución de la desnutrición crónica y sus distribución socioeconómica en siete países de América Latina y el Caribe”, *serie Políticas sociales*, N° 140 (LC/L.2878-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2008, sobre la base de las encuestas de demografía y salud (DHS).

En cuanto a las variables biomédicas, en casi todos los casos la prevalencia de la desnutrición de los niños varones es mayor; tiende a aumentar entre los niños que son terceros o posteriores en el orden de los nacimientos y es muy superior entre los mayores de un año, debido posiblemente a los beneficios que proporciona la alimentación materna en los menores de un año. Por último, en todos los casos los nacidos con atención calificada del parto sufren menos de desnutrición.⁶

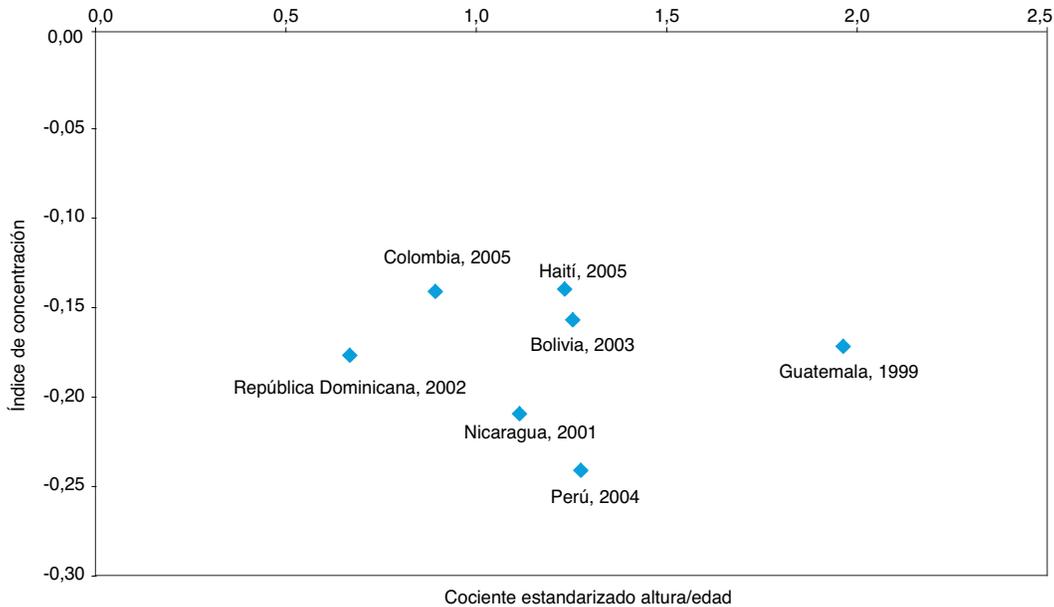
En el gráfico IV.1 se indica la prevalencia de la desnutrición crónica según la última encuesta analizada, junto a su indicador de distribución socioeconómica. En el eje de las abscisas se consigna el promedio nacional de la desnutrición crónica (un cociente más alto implica mayor incidencia/profundidad de esta), mientras que en el eje de las ordenadas se muestra el índice de concentración socioeconómica de dicho cociente.⁷

En el gráfico se aprecia que, en algunos países —como República Dominicana en 2002—, si bien la prevalencia de la desnutrición crónica fue relativamente baja, se concentró de manera desproporcionada en los hogares de menores recursos: de los siete países examinados es uno de los tres más desiguales. En cuanto a los demás países, Colombia y Nicaragua registraron un nivel “medio” de incidencia de la desnutrición crónica —menor en el caso de Colombia— mientras que Haití, Bolivia, Perú y Guatemala alcanzaron los niveles más altos. Sin embargo, en este último subgrupo los países muestran características diferentes, por cuanto en Haití la concentración de la desnutrición es menor que en Bolivia, Guatemala y, sobre todo, que en Perú, el más desigual de los siete países examinados.

⁶ Se considera calificada la atención del parto cuando ha sido realizada por un médico, una enfermera o matrona profesional, una matrona auxiliar o algún otro profesional, definido por cada país.

⁷ El índice de concentración tiene un cálculo e interpretación semejantes al coeficiente de Gini y asume valores en el rango [0; 1]. Si la variable se concentra entre los hogares pertenecientes al grupo socioeconómico más alto, más cerca estará de uno, en valores absolutos, y viceversa. Permite además estimar la relación entre la variable de interés y una serie de variables explicativas y deducir la forma en que la variable por explicar se ve afectada por la desigualdad en la distribución socioeconómica de dichas variables explicativas. Además, el índice puede desglosarse según las variables que determinen el comportamiento de la variable por explicar.

Gráfico IV.1
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN COMPARACIÓN CON LA DISTRIBUCIÓN SOCIOECONÓMICA DE LA DESNUTRICIÓN, 1999-2005



Fuente: Guillermo Paraje, “Evolución de la desnutrición crónica y sus distribución socioeconómica en siete países de América Latina y el Caribe”, *serie Políticas sociales*, N° 140 (LC/L.2878-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2008, sobre la base de las encuestas de demografía y salud (DHS).

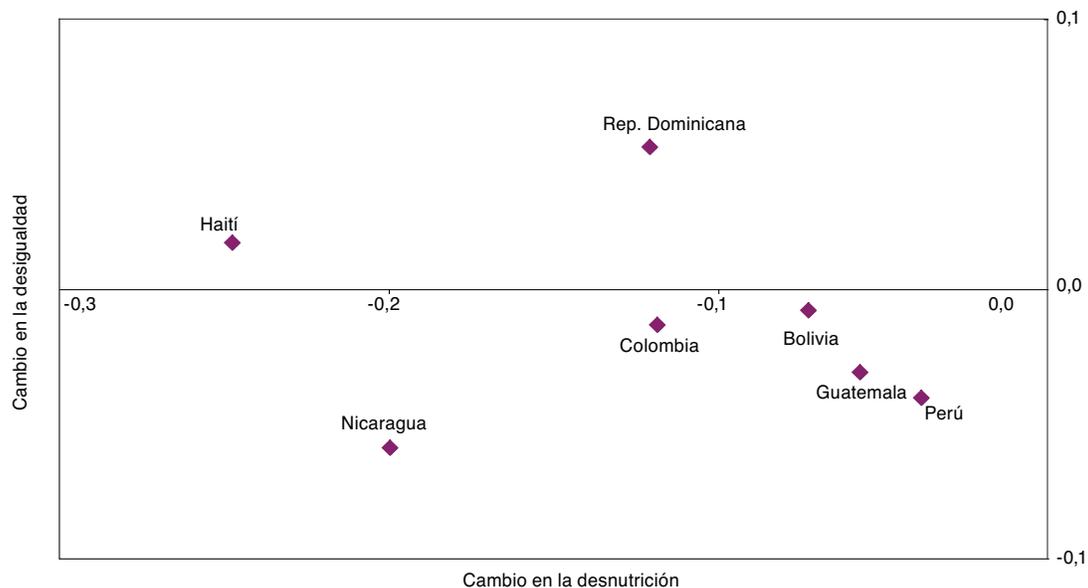
En el gráfico IV.2, por su parte, se consigna la forma en que variaron la desnutrición crónica y su distribución al comparar ambas encuestas.

En todos los países analizados la prevalencia y la profundidad de la desnutrición crónica se redujeron, aunque en magnitudes diversas: disminuyeron más en Haití y Nicaragua, mientras que en Guatemala y Perú se situaron en el lugar más bajo de la escala.⁸ Cabe destacar también que los países se diferencian según la forma en que se produjo la baja. Mientras que en Haití obedeció a la disminución de la desigualdad, en Nicaragua se relacionó estrechamente con el aumento de esta, ya que cayó más que nada entre los hogares de mayor afluencia relativa.⁹

⁸ En términos estadísticos, los cambios en la media nacional del cociente altura/edad solo fueron significativamente diferentes de cero en Colombia, República Dominicana, Haití y Nicaragua (todos con un nivel superior al 99%). En Bolivia, Guatemala y Perú la diferencia entre las medias de los cocientes altura/edad son estadísticamente iguales a cero; es decir, en estos países la desnutrición crónica no tuvo variaciones en este período. Para medir la significancia estadística de las medias del cociente altura/edad y del índice de concentración de este se utilizó una prueba t de diferencia de medias. El supuesto clave de esta prueba es que las muestras son independientes. En el caso de las DHS y dada la diferencia de las muestras en el tiempo, este supuesto parece seguro.

⁹ Los cambios en el índice de concentración del cociente altura/edad solo fueron significativamente diferentes de cero en República Dominicana y Nicaragua (ambos con un nivel superior al 99%) y Perú (con un nivel del 95%).

Gráfico IV.2
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): CAMBIOS EN LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN COMPARACIÓN CON CAMBIOS EN LA DESIGUALDAD DE LA DESNUTRICIÓN



Fuente: Guillermo Paraje, “Evolución de la desnutrición crónica y sus distribución socioeconómica en siete países de América Latina y el Caribe”, *serie Políticas sociales*, N° 140 (LC/L.2878-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2008, sobre la base de las encuestas de demografía y salud (DHS).

2. FACTORES DETERMINANTES DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL

Como se vio, el cuadro IV.1 muestra únicamente la prevalencia de la desnutrición respecto de cada variable o categoría, y no su profundidad. Además, muchas de las variables consideradas en el cuadro influyen al mismo tiempo en la prevalencia de la desnutrición crónica, puesto que todas ellas afectan su nivel. Pero desde el punto de vista de las políticas públicas es oportuno distinguir los efectos que tiene individualmente cada una, para poder actuar sobre las de mayor influencia. A tal fin, se realiza un análisis de regresión que determina la magnitud en que cada una de las variables consideradas afecta la desnutrición crónica, manteniéndose constante la influencia de las demás. El cuadro IV.2 resume los resultados de las regresiones lineales (mínimos cuadrados ordinarios-MCO) para los siete países seleccionados, con dos observaciones por país.¹⁰

¹⁰ El anexo de Paraje (2008) contiene los cuadros con los resultados para cada país, que consignan no solo el coeficiente correspondiente a cada variable sino el valor del estadístico t. El “ajuste” del modelo utilizado es relativamente apropiado para este tipo de estudios, ya que los valores R2 obtenidos van desde 0,106 (República Dominicana, 2002) a 0,383 (Perú, 2004). Incluso en los casos en que este indicador es más bien bajo se obtuvieron altos valores del estadístico F, que mide la significancia estadística de todos los coeficientes, de manera conjunta. Las regresiones se estimaron a partir del estimador de la varianza de Hubner-White-Sandwich. Esta estimación permite obtener errores estándar robustos cuando un determinado grupo de observaciones pueden no ser independientes. En el caso de las DHS, este grupo está dado por el conjunto (*cluster*) objeto del muestreo.

Cuadro IV.2
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (7 PAÍSES SELECCIONADOS): FACTORES DETERMINANTES DE
 LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL, 1994-2005**
(Coeficientes de regresión lineal)

	Bolivia		Colombia		Rep. Dominicana		Guatemala	
	1994	2003	1995	2005	1996	2002	1996	2002
Constante	1,427 **	1,904 **	1,712 **	1,490 **	2,152 **	1,808 **	2,238 **	2,463 **
Región 1	-0,416 **	-0,376 **	-0,394 **	-0,245 **	0,024	-0,003	-0,223 *	-0,225
Región 2	-0,070	-0,146 **	-0,291 **	-0,326 **	-0,071	-0,018	-0,201 *	-0,231
Región 3	-	-	-0,326 **	-0,351 **	0,077	-0,068	-0,215 **	-0,259
Región 4	-	-	-0,387 **	-0,322 **	0,157 *	0,004	0,064	0,020
Región 5	-	-	-	-	-0,012	-0,046	0,326 **	0,129
Región 6	-	-	-	-	0,101	-0,019	0,474 **	0,154
Región 7	-	-	-	-	-0,038	-0,105	-	-
Urbano	0,115	0,067	0,184 **	0,008 **	0,018	0,029	-0,021	0,058
Riqueza	-23266,5 **	-0,239 **	-18277,3 **	-0,149 **	-18535,8 **	-15324,7 **	-35418,1 **	-47508,0 **
Educación de la madre	-0,017	-0,057 **	-0,070 **	-0,038	-0,024	-0,002	-0,058 **	-0,073 **
Educación de la madre al cuadrado	0,000	0,003 **	0,002 *	0,001	0,000	-0,001	0,002 *	0,002
Madre: trabajo calificado (ref. no trabaja)	-0,106	-0,017	-0,052	-0,145 **	-0,080	-0,064	-0,038	0,298 *
Madre: trabajo no calificado (ref. no trabaja)	-0,018	0,003	0,047	-0,074 *	-0,047	-0,059	-0,043	0,046
Educación de la pareja	-0,007	-0,012 *	-0,012 *	-0,007 *	-0,011 *	-0,008 *	-0,014 *	-0,015
Sexo niño: femenino	-0,069	-0,068 *	-0,086 **	-0,071 **	-0,145 **	-0,107 **	-0,035	-0,048
Segundo hijo	-0,028	0,033	0,031	0,081 **	0,112 **	0,081 **	0,002	0,051
Tercer hijo	0,118	0,043	0,058	0,088 **	0,097 *	0,132 **	0,051	0,139
Cuarto hijo o posterior	0,139 *	0,025	0,028	0,171 **	0,145 **	0,113 **	0,145 **	0,176 *
Edad en meses	0,125 **	0,107 **	0,025 **	0,025 **	0,020 **	0,016 **	0,083 **	0,072 **
Edad en meses al cuadrado	-0,003 **	-0,002 **	0,000 **	0,000 **	0,000 **	0,000 **	-0,001 **	-0,001 **
Peso al nacer (en gr.)	0,000 **	0,000 **	-	-	0,000 **	0,000 **	0,000 **	0,000 **
Atención profesional en el parto	-0,186 **	-0,111 **	-0,040	-0,005	-0,093	0,053	-0,042	0,117
N	2864	5054	4333	10161	3317	8128	7943	2947
R cuadrado	0,255	0,265	0,127	0,126	0,184	0,106	0,334	0,358
Test F	46,80 **	74,94 **	24,41 **	48,06 **	25,29 **	26,81 **	96,84 **	54,19 **

(continúa)

Cuadro IV.2 (conclusión)

	Haití				Nicaragua				Perú			
	1994		2005		1997		2001		1996		2004	
Constante	1,186	**	1,704	**	1,913	**	1,800	**	1,730	**	2,216	**
Región 1	0,064		0,022		0,008		0,103	*	0,245	**	0,097	
Región 2	0,032		-0,051		0,082		0,189	**	0,240	**	0,165	
Región 3	-		-		-0,096		0,098		0,249	**	-0,060	
Región 4	-		-		-		-		-		-	
Región 5	-		-		-		-		-		-	
Región 6	-		-		-		-		-		-	
Región 7	-		-		-		-		-		-	
Urbano	0,219		0,114		0,214	**	-0,019		0,011		0,037	
Riqueza	-42213,0	**	-0,252	**	-27494,9	**	-21167,0	**	-19077,4	**	-0,323	**
Educación de la madre	-0,065		-0,029		-0,041	**	-0,051	**	-0,035	**	-0,034	
Educación de la madre al cuadrado	0,002		0,001		0,000		0,002	*	0,000		0,000	
Madre: trabajo calificado (ref. no trabaja)	0,284		0,055		0,047		-0,050		0,038		0,124	
Madre: trabajo no calificado (ref. no trabaja)	0,013		-0,007		0,045		-0,020		0,089	**	0,176	**
Educación de la pareja	0,005		-0,018		0,000		-0,004		-0,014	**	-0,004	
Sexo niño: femenino	-0,184		-0,143	*	-0,113	**	-0,057		-0,061	**	-0,139	**
Segundo hijo	-0,012		-0,047		0,065		0,045		0,059	*	-0,041	
Tercer hijo	0,044		-0,155	*	0,075		0,062		0,092	**	-0,008	
Cuarto hijo o posterior	-0,018		0,068		0,133	**	0,138	**	0,177	**	0,143	*
Edad en meses	0,053	**	0,037	**	0,044	**	0,036	**	0,045	**	0,042	**
Edad en meses al cuadrado	-0,001	**	-0,001	**	-0,001	**	0,000	**	-0,001	**	-0,001	**
Peso al nacer (en gr.)	0,000		0,000	**	0,000	**	0,000	**	0,000		0,000	**
Atención profesional en el parto	0,003		-0,161	**	-0,120	**	-0,074		-0,210	**	-0,143	
N	2693		2371		6443		5633		14468		2237	
R cuadrado	0,208		0,137		0,177		0,231		0,282		0,383	
Test F	21,40	**	19,57	**	50,00	**	56,14	**	123,82	**	37,18	**

Fuente: Guillermo Paraje, "Evolución de la desnutrición crónica y sus distribución socioeconómica en siete países de América Latina y el Caribe", *serie Políticas sociales*, N° 140 (LC/L.2878-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2008, sobre la base de las encuestas de demografía y salud (DHS).

Nota: La variable dependiente es el valor negativo de la relación altura/edad para niños menores de 60 meses.

* Distinto de cero con un nivel de significación del 95%.

** Distinto de cero con un nivel de significación del 99%.

Cabe destacar algunas tendencias generales. En primer lugar, en todos los casos las condiciones socioeconómicas —captadas por el índice de “riqueza”— influyen de manera significativa en la desnutrición crónica (esto es, en igualdad de condiciones, una menor “riqueza” produce mayor desnutrición). Este resultado, frecuente en los estudios sobre la materia, pone de manifiesto la marcada —y previsible— relación entre el estado nutricional a largo plazo y la capacidad del hogar de asegurar una fuente estable de alimentación.¹¹ En el caso particular de este índice de “riqueza”, dados algunos de sus componentes, como la existencia de fuentes seguras de agua y eliminación de excretas, puede ser que influyan mucho en la desnutrición infantil, tal como se señalan en los estudios (Smith, Ruel y Ndiaye, 2005).

En segundo lugar, también en todos los casos son muy significativas la edad y el cuadrado de la edad. A medida que aumenta la edad del niño, se eleva la incidencia de la desnutrición crónica, aunque a tasas decrecientes.¹² En general, y como se observó en el cuadro IV.1, la desnutrición crónica aumenta mucho al avanzar el primer año de vida, lo que indica la posibilidad de que haya una relación negativa entre la alimentación materna y el grado de desnutrición. Sin embargo, en la mayoría de los casos examinados, con el tiempo van disminuyendo los efectos de la edad en la desnutrición.

Al parecer, en la mayoría de los casos la desnutrición crónica no varía de nivel según si se trata de sectores urbanos o rurales.¹³ Solo en tres casos (Colombia, 1995 y 2005; Nicaragua, 1997) el efecto de vivir en áreas urbanas tiene consecuencias positivas para la desnutrición crónica. Es decir, si bien esta es más frecuente en las zonas rurales (véase el cuadro IV.1), ello se debe a características propias del territorio tales como el nivel de “riqueza” y la escolaridad materna. En términos de políticas de nutrición, esto indicaría que las políticas selectivas por área geográfica deben considerar otros aspectos, como el nivel de ingresos o la educación materna.

Es probable también que los efectos regionales atenúen el efecto de esta variable. Si bien las variables regionales no son siempre significativas, en algunos países son muy relevantes, aunque los signos son disímiles. En Bolivia, por ejemplo, la región del Llano tuvo niveles significativamente más bajos de desnutrición que La Paz y que el Valle en los dos años que se comparan (1994 y 2003). En Colombia todas las regiones registraron niveles inferiores que los del área de Bogotá. Por ejemplo, en Perú los de Lima fueron significativamente inferiores a los del resto del país durante 1996, aunque hacia 2004 estas diferencias desaparecieron.¹⁴

Por su parte, el influjo de la educación de la madre se comporta de manera dispar. Si bien es cierto que la mayor escolaridad materna siempre influye positivamente en la reducción de la desnutrición crónica, en un gran número de casos —siete— el coeficiente no es significativo.¹⁵ Además, hay evidencias de que lo hace de manera no lineal; es decir, conforme aumenta la educación de la madre disminuye la desnutrición, pero a una tasa decreciente y en cuatro casos de manera significativa. Por otra parte, la educación de la pareja

¹¹ Por ejemplo, Wagstaff, van Doorslaer y Watanabe (2003); Valdivia (2004); Smith, Ruel y Ndiaye (2005); Harttgen y Misselhorn (2006); van de Poel y otros (2006); van de Poel, O’Donnel y van Doorslaer (2007).

¹² Este resultado es compatible con los obtenidos por Valdivia (2004), Larrea y Karachi (2005) y por Harttgen y Misselhorn (2006), aunque no por Wagstaff, van Doorslaer y Watanabe (2003).

¹³ Esto coincide con los hallazgos de Smith, Ruel y Ndiaye (2005) y van de Poel, O’Donnel y van Doorslaer (2007). En el cuadro IV.1 se muestra que en todos los casos la desnutrición crónica es mayor en el sector rural. Este resultado es compatible con el obtenido en el análisis de regresión, en el sentido de que el área geográfica per se no incide mayormente en la desnutrición crónica, sino que son otras variables, como la riqueza y las variables educativas, las que tienen una distribución diferente según el área geográfica. De esta manera, el análisis de regresión revela que la mayor prevalencia de la desnutrición crónica en el sector rural se debe a que, en promedio son inferiores las condiciones socioeconómicas, medidas principalmente por la riqueza y el grado de instrucción de la madre.

¹⁴ Es probable que las variables no consideradas como la raza o, más generalmente, la “cultura”, actúen por conducto de esta variable en países como Bolivia o Perú, en los cuales hay grandes diferencias culturales/étnicas entre la región andina y las demás regiones.

¹⁵ Los efectos de la educación materna en la desnutrición no son iguales al valor del coeficiente que la acompaña, sino que duplican con creces el coeficiente que acompaña a la educación materna al cuadrado, multiplicado este último término por la media de la educación materna (si se valora el efecto para el grupo medio).

también influye pero, con excepción de República Dominicana, 2002, mucho menos que la educación de la madre, lo cual indica que es la madre quien tiene mayor influencia en el estado nutricional de los niños.

Por lo general, la desnutrición crónica afecta más a los varones que a las mujeres y este efecto es significativo en la mayoría de los casos.¹⁶ Asimismo, el orden de los nacimientos tiende a influir en la desnutrición crónica: conforme se asciende en el orden, mayor desnutrición, aunque las diferencias entre países son marcadas.

Por último, la atención profesional del parto, que se toma como variable sustitutiva vinculada con el acceso del hogar a prestaciones de salud, está negativamente relacionada con la desnutrición crónica, pero en muchos casos la relación no es significativa.¹⁷ Sin embargo, cabe destacar que sí lo es cuando la cobertura sanitaria es baja y cuando esta se eleva, su efecto tiende a disminuir.¹⁸ En Bolivia, por ejemplo, la cobertura de este servicio fue del 49,5% de los casos en 1994 y del 65,1% en 2003. En este caso, el coeficiente es significativo y negativo, aunque su valor se reduce apreciablemente. Ilustrativo y notable es el caso de Nicaragua, cuyo coeficiente pierde significado estadístico cuando la cobertura pasa del 66,7% en 1997 al 90,6% en 2001.

3. LAS CAUSAS DE LA DESIGUALDAD EN LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL

En el cuadro IV.3, se especifica, respecto de cada país y año, la proporción en que cada variable contribuye a la distribución de la desnutrición crónica infantil.¹⁹

Tal como se observa en el cuadro IV.3, la variable más importante para explicar la desigualdad en la desnutrición crónica es la “riqueza”, que explica desde un 41% en Perú (1996) hasta un 97% en Haití (1994). En todos los casos, estos altos porcentajes fueron consecuencia de la elevada elasticidad-“riqueza” de la desnutrición y, sobre todo, de los altos niveles de concentración de la “riqueza”.²⁰ Esto pone de manifiesto, nuevamente, la marcada desigualdad socioeconómica característica de los países de América Latina y el Caribe, que ha sido ampliamente reconocida (CEPAL, 2007a; OPS, 2007b; De Ferranti y otros, 2004). Además, cuantifica determinantes sociales de la desnutrición y, por medio de ella, de la mortalidad infantil, que son más amplios y trascienden, por ejemplo, las políticas sectoriales de salud o nutrición. En este sentido, disminuir la incidencia de la desnutrición crónica en los hogares más pobres requiere ante todo mejorar las condiciones de vida y el entorno socioeconómico de estos, para lo cual es preciso aplicar una amplia gama de políticas que comprenden desde políticas habitacionales, laborales y de ingresos hasta políticas macroeconómicas que les aseguren a estos hogares al menos un entorno de estabilidad.²¹

¹⁶ Esto concuerda con lo expresado por Marcoux (2002).

¹⁷ A diferencia de las causas de la mortalidad infantil, para Harttgen y Misselhorn (2006), las variables de acceso a la infraestructura de salud son relativamente poco importantes para explicar la desnutrición infantil.

¹⁸ Esto puede verificarse a partir de la información sobre las medias de cada variable en el anexo de Paraje (2008), cuadros A.3, A.6, A.9, A.12, A.15, A.18 y A.21.

¹⁹ Tres elementos afectan la posible contribución de un factor en el índice de concentración de la desnutrición crónica. El primero de ellos es la importancia que tiene dicho factor, en igualdad de condiciones, en el nivel de desnutrición crónica: si su coeficiente es alto en las regresiones lineales explicativas, contribuye más a la desigualdad de la desnutrición. En segundo lugar, el nivel medio que alcanza dicha variable es importante: cuanto mayor sea la media, mayor será su contribución a la desigualdad de la desnutrición. Ambos elementos —coeficiente de la regresión y media de la variable— permiten estimar la elasticidad de cada variable respecto de la desnutrición crónica, es decir, de qué manera la afecta un aumento del 1% en una variable (Paraje, 2008, sección 2). El tercer elemento es la distribución socioeconómica de cada variable o, en otras palabras, su índice de concentración socioeconómica. En la medida en que una variable influya de manera significativa en la desnutrición —es decir, tenga una alta elasticidad al respecto— y esté relativamente concentrada en un grupo específico (por ejemplo, en los hogares pobres), más explica la concentración relativa del resultado.

²⁰ Tanto las elasticidades-“riqueza” como sus índices de concentración (que en este caso no son otra cosa que coeficientes de Gini) pueden constatar para cada país en Paraje (2008), cuadros A.3, A.6, A.9, A.12, A.15, A.18 y A.21.

²¹ La volatilidad del crecimiento tiene claros efectos negativos en la pobreza de los hogares (Sauma, 2007 y Sánchez, 2007).

Cuadro IV.3
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): EVOLUCIÓN DE LOS
 FACTORES DETERMINANTES DE LA DESIGUALDAD EN LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL,
 1994-2005**
 (En porcentajes)

	Bolivia		Colombia		Rep. Dominicana		Guatemala	
	1994	2003	1995	2005	1996	2002	1996	2002
Región 1	6,1	6,2	-18,8	-9,3	0,3	0,0	-3,0	-2,6
Región 2	-0,5	-0,4	-1,7	-1,6	0,3	-0,1	-0,8	-1,8
Región 3	-	-	4,2	-2,1	0,8	-0,7	-1,4	-1,3
Región 4	-	-	-3,0	-0,5	1,6	0,1	-0,4	-0,1
Región 5	-	-	-	-	0,0	-0,2	1,0	0,7
Región 6	-	-	-	-	1,8	-0,4	7,0	2,3
Región 7	-	-	-	-	-0,3	-0,8	-	-
Urbano	-11,8	-7,2	-27,9	-1,2	-1,6	-2,4	1,1	-2,7
Riqueza	64,7	68,1	84,8	70,8	58,6	61,6	68,1	82,4
Educación de la madre	14,2	46,1	76,7	41,0	21,5	2,4	27,3	29,1
Educación de la madre al cuadrado	0,6	-31,9	-37,6	-17,3	-6,6	17,9	-10,8	-9,2
Madre trabajo calificado (ref. no trabaja)	2,1	0,3	1,4	4,1	1,7	1,9	0,4	-2,3
Madre trabajo no calificado (ref. no trabaja)	-0,6	0,0	-0,3	0,3	0,5	1,1	0,5	-0,7
Educación de la pareja	5,6	8,8	14,3	7,6	10,1	9,5	7,4	6,9
Sexo niño: femenino	0,1	-0,1	-0,5	0,0	0,0	0,6	-0,1	-0,2
Segundo hijo	0,4	-0,5	-0,5	-1,4	-1,3	-1,4	0,0	-0,5
Tercer hijo	-1,1	0,0	0,1	0,1	-0,4	-0,6	-0,1	-0,6
Cuarto hijo o posterior	6,1	1,0	1,6	8,8	5,3	5,5	4,2	4,5
Edad en meses	-10,7	2,8	-0,8	-3,7	-1,5	-3,7	-2,2	-3,4
Edad en meses al cuadrado	8,3	-3,0	0,0	2,1	1,1	3,7	1,6	2,6
Peso al nacer (en gr.)	1,9	0,8	-	-	4,2	4,1	0,3	0,7
Atención profesional en el parto	15,8	8,2	2,5	0,2	1,1	-0,5	1,1	-2,6
Residuo	-1,1	0,8	5,5	2,0	2,8	2,7	-1,2	-1,1
Total	100	100	100	100	100	100	100	100

(continúa)

Cuadro IV.3 (conclusión)

	Haití		Nicaragua		Perú	
	1994	2005	1997	2001	1996	2004
Región 1	2,8	1,0	-0,1	-1,5	-1,0	-1,1
Región 2	0,7	-1,5	3,5	6,1	8,4	4,6
Región 3	-	-	-2,2	2,9	2,4	-0,9
Región 4	-	-	-	-	-	-
Región 5	-	-	-	-	-	-
Región 6	-	-	-	-	-	-
Región 7	-	-	-	-	-	-
Urbano	-18,4	-11,7	-20,2	1,7	-0,8	-2,6
Riqueza	97,2	77,9	76,9	51,9	40,9	60,9
Educación de lamadre	34,2	24,4	29,2	37,2	21,1	19,5
Educación madre al cuadrado	-11,1	-12,4	-2,7	-13,7	-0,8	-1,3
Madre: trabajo calificado (ref, no trabaja)	-1,3	-1,0	-0,8	0,9	-0,5	-2,1
Madre: trabajo no calificado (ref, no trabaja)	0,1	-0,2	-0,8	0,3	0,9	4,6
Educación de la pareja	-2,9	15,8	-0,1	3,2	7,3	1,7
Sexo niño: femenino	-1,1	-0,2	0,0	0,0	0,1	0,2
Segundo hijo	0,1	0,8	-0,8	-0,5	-0,7	0,3
Tercer hijo	-0,2	0,5	-0,3	-0,2	-0,3	0,0
Cuarto hijo o posterior	-0,5	3,7	4,8	4,7	5,6	4,1
Edad en meses	-3,1	-5,1	-0,7	4,6	-4,4	4,0
Edad en meses al cuadrado	0,4	3,4	0,5	-2,5	3,1	-3,8
Peso al nacer (en gr.)	-0,1	-6,0	4,1	3,6	4,3	3,5
Atención profesional en el parto	-0,1	9,4	8,0	1,5	14,4	7,0
Residuo	3,4	1,4	1,7	-0,2	-0,1	1,4
Total	100	100	100	100	100	100

Fuente: Guillermo Paraje, “Evolución de la desnutrición crónica y sus distribución socioeconómica en siete países de América Latina y el Caribe”, *serie Políticas sociales*, N° 140 (LC/L.2878-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2008, sobre la base de las encuestas de demografía y salud (DHS).

Nota: La variable dependiente es el índice de concentración de la desnutrición crónica infantil (ecuación (2) de la Sección 2.2).

Por otra parte, algunos elementos utilizados para construir el índice de “riqueza”, tales como la disponibilidad de servicios de agua potable y de saneamiento adecuados en el hogar, pueden influir directamente en la desnutrición crónica infantil (Wagstaff, van Doorslaer y Watanabe, 2003; Smith, Ruel y

Ndiaye, 2005).²² En este sentido, el solo hecho de mejorar estos servicios puede acarrear una disminución importante de la incidencia de la desnutrición, más allá de sus efectos en la “riqueza”.

En segundo lugar, el grado de instrucción de la madre y de la pareja explican las desigualdades que se observan en la desnutrición crónica infantil. En todos los casos —excepto República Dominicana, 2002— la educación materna tiene mayor influencia, si bien es atenuada por la relación no lineal existente entre educación materna y desnutrición infantil, ya mencionada. Debido a que la educación se encuentra relativamente concentrada entre los hogares más “ricos”, contribuye a explicar la desigualdad en materia de desnutrición. Pero su influencia se reduce debido al efecto no lineal entre educación materna y desnutrición, puesto que a medida que aumenta el grado de instrucción tienden a perderse sus efectos en la desnutrición. La educación materna y su efecto no lineal y la de la pareja explican entre el 20% (Bolivia, 1994; Haití, 1994) y el 53% (Colombia, 1995) de la desigualdad que se observa en la desnutrición crónica.²³

Por su parte, aunque algunas variables biomédicas —sexo, edad, orden de nacimiento, peso al nacer— tengan importancia para explicar el nivel de la desnutrición —como es previsible—, no son en sí significativas para explicar la desigualdad en la distribución de la desnutrición crónica infantil. El sexo de los niños, por ejemplo, no tiene un patrón de distribución socioeconómica definido, esto es, los hogares pobres no tienen más o menos niñas y, por ello, no puede explicar dicha desigualdad. Consideradas individualmente, las demás variables tienen algún efecto en la desigualdad en materia de desnutrición, sobre todo las que señalan el orden de nacimiento, pero en conjunto nunca explican más del 10% de la desigualdad: el valor más alto es 9,7% en el caso de Nicaragua, 2001.

Las variables geográficas/regionales tampoco tienen un patrón definido, sino que varían de un país a otro. Mientras que en República Dominicana ni las variables regionales ni las que distinguen entre áreas urbanas y rurales contribuyen a explicar la desigualdad de la distribución de la desnutrición crónica (por ejemplo, los niños desnutridos no se concentran en una región/área específica cuando se tienen en cuenta las demás variables), en Colombia estas influyen de manera marcada. Por ejemplo, la desnutrición crónica en la Región 1 (Atlántica) es bastante inferior a la de la región de referencia (Bogotá) y en ella se concentra una gran proporción de los hogares pobres. Considerados en su conjunto, estos dos factores llevan a que —en igualdad de condiciones— el menor grado de desnutrición de la región Atlántica incida en una menor desigualdad de la desnutrición crónica en el plano nacional.

Finalmente, la atención calificada del parto, que se tomó como sustituto del acceso de los hogares al sistema de salud, también tiene un comportamiento dispar entre los países. Como es natural, en aquellos en que tiene una cobertura amplia (Colombia, República Dominicana, Guatemala y Nicaragua, 2001) el efecto es pequeño, debido a que en su distribución tienden a desaparecer las desigualdades socioeconómicas, con lo cual desaparece también su efecto explicativo respecto de la desnutrición.²⁴ Pero cuando la cobertura es relativamente baja (Bolivia, Perú, Nicaragua, 1997), influye más en la desigualdad de la desnutrición crónica y excepcionalmente alcanza niveles elevados. El valor más alto —16%— se registró en Bolivia, 1994, cuando esta cobertura era solo del 49,5%.

²² Sobre las privaciones en materia de vivienda y saneamiento, véanse las mediciones NBI que figuran en la sección 1 del capítulo II del presente informe.

²³ Esto implicaría que, en el caso de Colombia (1995), por ejemplo, si todas las madres hubieran tenido el mismo nivel de escolaridad (igual a la media nacional en 1995), en igualdad de condiciones, la desigualdad en la desnutrición crónica hubiera sido un 53% más baja que la registrada.

²⁴ Es poco probable que este hecho implique la desaparición de las diferencias socioeconómicas en la atención calificada del parto, ya que seguramente estas se manifiestan en su calidad y no en su cobertura. Lamentablemente la información que proporcionan las encuestas de demografía y salud no permiten medir esta dimensión.

4. FACTORES DETERMINANTES DE LOS CAMBIOS EN LA DESIGUALDAD CRÓNICA INFANTIL

Además de considerar estáticamente los factores que influyen en la desigualdad de la distribución de la desnutrición crónica infantil, es importante considerar cómo sus variaciones afectan la evolución de la desigualdad en la desnutrición. Conocer los cambios experimentados en el pasado puede arrojar luz sobre los efectos que podrían tener las políticas públicas, por ejemplo, en la desigualdad de la distribución de la desnutrición y, a menudo, en su nivel.

En el cuadro IV.4 figura información al respecto, ya que aparece una desagregación a la manera de Oaxaca de los cambios en la desigualdad de la desnutrición crónica.²⁵ Manteniendo el resto de los factores constantes, se observa cuál ha sido la contribución de cada una de las variables analizadas al aumento/disminución de la desigualdad en la desnutrición crónica en los años estudiados.

En la última línea del cuadro se aprecia cuánto ha variado el índice de concentración de la desnutrición crónica. Un cambio negativo implica que la desigualdad ha aumentado (esto es, ella se ha concentrado cada vez más en los más pobres), mientras que un cambio positivo indica lo contrario. No todas las variaciones en la desigualdad han sido significativas: de hecho, solo lo han sido en República Dominicana, Nicaragua y Perú. En los otros casos, la utilidad de la medición no radica en su magnitud sino en analizar el sentido que muestra.

Como quedó demostrado en el gráfico IV.2 y se observa en el cuadro IV.4, en este período la desigualdad se redujo en dos de los siete países: República Dominicana y Haití, aunque el cambio solo fue significativo en el primero de ellos, caso que conviene analizar. La variable que más influyó en esta baja fue la “riqueza”, que aportó la mitad de la reducción registrada por la desigualdad en la desnutrición crónica, y dos elementos fueron clave. La mejora de la distribución de los activos físicos, medida por la variación del índice de concentración de la “riqueza” fue, con mucho, el factor más importante. Entre 1996 y 2002, la distribución del índice de “riqueza” mejoró notablemente en ambos países (Paraje, 2008, cuadro A.10 del anexo). Como la “riqueza” disminuye la desnutrición, si la concentración es menor tiende a mejorar la situación de los menos favorecidos, lo que impacta favorablemente en la desnutrición crónica de sus niños, reduciendo, en definitiva, la desigualdad en materia de desnutrición.²⁶

Se comprueba que la mejora socioeconómica de los hogares más pobres no tuvo mayores consecuencias para la desnutrición crónica debido a que en este período aumentó la elasticidad-“riqueza”, es decir, un aumento del 1% en la “riqueza” hizo caer la desnutrición crónica en ambos años, pero su efecto fue más importante en 2002 que en 1996. A pesar de las mejoras socioeconómicas, dada la magnitud de la concentración de la riqueza y el aumento de la importancia de la “riqueza” para explicar la desnutrición, esta tendió a favorecer a los hogares ricos, contribuyendo a aumentar la distancia entre estos y los hogares pobres respecto de la desnutrición. Sin embargo, este último efecto no fue tan marcado como el mencionado en el párrafo anterior y, por ello, el cambio en la “riqueza” tuvo efectos niveladores.

²⁵ Aquí se aplica lo expresado en la ecuación 3) de la sección 2.2. En Paraje (2008), los cuadros A.4, A.7, A.10, A.13, A.16, A.19 y A.22 muestran cada uno de los términos necesarios para realizar esta desagregación para cada uno de los países considerados.

²⁶ Debido a las limitaciones del índice de “riqueza” (comentadas en la sección 1.1), es necesario ser cautos con la evolución de este índice a lo largo del tiempo y respecto de las conclusiones que de ella puedan extraerse. Sin embargo, existen otros elementos que tal vez se vinculan a la evolución de la “riqueza” (o más generalmente de la posición socioeconómica de los hogares), tales como la distribución de las variables educativas (materna y de la pareja), que muestran un comportamiento similar al índice de la “riqueza” (aumento del promedio y menor concentración). Estos factores indican un mejoramiento de la situación socioeconómica de los grupos de menores recursos.

Cuadro IV.4
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): DESAGREGACIÓN DE LOS
 CAMBIOS EN LA DESIGUALDAD DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL, 1994-2005**
(En porcentajes)

	Bolivia	Colombia	Rep, Dominicana	Guatemala	Haití	Nicaragua	Perú
Región 1	7,5%	81,3%	1,6%	-0,9%	18,2%	-5,3%	-1,5%
Región 2	0,9%	-1,2%	1,5%	-6,5%	18,8%	12,6%	-14,5%
Región 3	-	-62,2%	5,7%	-0,9%	-	16,1%	-17,3%
Región 4	-	23,8%	6,8%	1,2%	-	-	-
Región 5	-	-	0,6%	-0,6%	-	-	-
Región 6	-	-	9,5%	-19,3%	-	-	-
Región 7	-	-	1,5%	-	-	-	-%
Urbano	79,3%	255,0%	1,1%	-20,1%	-73,4%	57,8%	-11,7%
Riqueza	132,0%	-64,1%	48,6%	147,9%	254,7%	-12,1%	161,0%
Educación de la madre	647,3%	-301,3%	85,8%	37,3%	114,0%	57,8%	11,4%
Educación de la madre al cuadrado	-644,2%	177,2%	-89,0%	-1,8%	-0,7%	-42,0%	-3,6%
Madre: trabajo calificado (ref. no trabaja)	-33,7%	30,7%	1,1%	-14,7%	-4,1%	5,2%	-10,1%
Madre: trabajo no calificado (ref. no trabaja)	12,9%	6,3%	-1,3%	-6,0%	3,4%	3,1%	23,4%
Educación de la pareja	70,2%	-56,1%	12,1%	4,6%	-155,5%	11,7%	-26,5%
Sexo niño: femenino	-2,8%	4,9%	-1,8%	-0,6%	-8,6%	-0,2%	0,7%
Segundo hijo	-16,2%	-9,7%	-1,2%	-2,5%	-5,3%	0,4%	5,0%
Tercer hijo	20,5%	-0,4%	0,4%	-2,7%	-5,4%	-0,1%	1,4%
Cuarto hijo o posterior	-95,2%	77,4%	4,7%	5,9%	-34,9%	4,5%	-3,4%
Edad en meses	256,6%	-31,0%	5,8%	-8,9%	13,4%	18,3%	45,6%
Edad en meses al cuadrado	-215,9%	22,0%	-7,8%	7,1%	-24,4%	-10,0%	-38,4%
Peso al nacer (en gr.)	-19,6%	-	4,6%	2,1%	48,4%	2,4%	-0,6%
Atención profesional en el parto	-135,5%	-21,8%	6,2%	-19,8%	-78,1%	-15,3%	-29,7%
Residuo	36,0%	-30,9%	3,4%	-0,9%	19,7%	-4,8%	8,8%
Total cambio en la desigualdad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Cambio en el índice de concentración	-0,008	-0,013	0,053**	-0,031	0,017	-0,059**	-0,040*

Fuente: Guillermo Paraje, “Evolución de la desnutrición crónica y sus distribución socioeconómica en siete países de América Latina y el Caribe”, *serie Políticas sociales*, N° 140 (LC/L.2878-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2008, sobre la base de las encuestas de demografía y salud (DHS).

Nota: Esta descomposición corresponde a la ecuación (3) de la Sección 2.2.

* Distinto de cero con un nivel de significación del 95%.

** Distinto de cero con un nivel de significación del 99%.

Individualmente considerados, fueron grandes los cambios en educación, aunque en conjunto su influencia no fue muy importante, ya que estas variables explican el 12% de la menor desigualdad. Se registró un aumento del promedio de años de escolaridad de la madre y de la pareja, que favoreció a los pobres, ya que redujo la concentración de la desigualdad. Además, en ambos casos y producto del incremento de la escolaridad, cayó la elasticidad-educación de la desnutrición, lo cual también contribuyó a disminuir la brecha en materia de desnutrición entre los hogares pobres y los ricos, que siguen teniendo un grado más alto de instrucción que los primeros. Sin embargo, estos importantes cambios se vieron muy atenuados porque, si bien el aumento de la escolaridad materna se dio en todos los niveles educativos, fue mayor en los niveles secundario y terciario, por lo cual influyó menos en la desnutrición (Paraje, 2008, cuadro A.10 del anexo).

Se produjeron cambios estadísticamente significativos solo en dos de los países en que aumentó la desigualdad socioeconómica de la desnutrición crónica: Nicaragua, país en que más aumentó la desigualdad, y Perú. El caso de Nicaragua presenta algunos aspectos interesantes: por ejemplo, es el único en que la desigualdad en la desnutrición crónica no aumenta por influencia de la “riqueza”: de hecho, baja la elasticidad-“riqueza” de la desnutrición. El otro elemento que favoreció a los pobres fue la atención calificada del parto. Durante este período aumentó notoriamente la cobertura de este servicio sanitario (en 1997 solo el 67% de los partos era atendido por profesionales, mientras que en 2001 la proporción se aproximó al 91%) principalmente entre los hogares más pobres.

Si bien la “riqueza” y la atención calificada del parto tuvieron efectos niveladores, la influencia de otras variables fue mayor y, en definitiva, incrementaron la desigualdad en la desnutrición crónica ambos países. Las principales fueron la variable educacional y la variable geográfica. La primera explica poco más de un cuarto del incremento de la desigualdad en la desnutrición y, tanto en el caso de la educación materna como en el de la pareja, se debió a un aumento de la elasticidad-educación de la desnutrición (Paraje, 2008, cuadro A.18 del anexo) y a su mayor concentración entre los hogares más ricos.²⁷

Las variables regionales (regiones y área urbana/rural) también incrementaron la desigualdad de la desnutrición crónica. En todos los casos, contribuyó a este efecto la mayor elasticidad-región o área. Respecto de esta última, por ejemplo, aumenta la concentración relativa de los hogares “ricos” en áreas urbanas, es decir, en estas la calidad de vida tendió a separarse de aquella de las áreas rurales.

5. CONCLUSIONES

Por lo general, las numerosas causas que determinan el nivel de la desnutrición crónica infantil en un país forman un complejo entramado de relaciones recíprocas. Desde el punto de vista de las políticas públicas, ello proviene de las políticas sanitarias aisladas, que solo pueden reducir parcialmente esta condición; es preciso aplicarlas de manera integral, en ámbitos tales como la educación, la vivienda y los ingresos, y en un entorno macroeconómico estable y propicio para el crecimiento económico y para una mejor distribución de los frutos del desarrollo. Cuando la distribución socioeconómica de la desnutrición es tan desigual, disminuirla tiene fuertes determinantes socioeconómicos en materia de infraestructura social básica.

La situación socioeconómica de los hogares no solo determina el nivel de desnutrición crónica de los niños, sino también sus causas: cuanto más concentrada esté la “riqueza”, más se concentrará esta privación en los hogares “pobres”. Tal como se advierte en República Dominicana, la menor concentración

²⁷ Es altamente probable que el aumento de la concentración de la educación en los hogares ricos haya producido el aumento en la elasticidad-educación de la desnutrición. Dicha mayor concentración tiende a “separar” a los hogares “pobres” de los “ricos”, incrementando las diferencias entre ellos y aumentando el poder explicativo de la educación.

de la “riqueza” ha disminuido sensiblemente la concentración de la desnutrición crónica infantil y, en definitiva, de sus niveles.

El indicador de “riqueza” utilizado no mide ingresos/gastos de las familias sino condiciones de habitabilidad del hogar, tenencia de activos y servicios disponibles. Parte de estos elementos, tales como el mejoramiento del acceso a agua potable y saneamiento adecuado, pueden influir directamente en la desnutrición crónica y en su distribución.²⁸ Por cierto, según la progresividad de la estructura tributaria estas políticas también podrían tener un efecto redistributivo. De igual manera, la aplicación de políticas de vivienda que mejoren la situación habitacional de los grupos menos aventajados puede contribuir a reducirla.

El nivel educativo de los padres, especialmente de la madre, influye decisivamente en el grado y distribución de la desnutrición crónica. Pero para que las mejoras en la educación tengan plenos efectos, deben favorecer a los hogares más pobres. Pese a algunos avances, países como Bolivia, Colombia, Guatemala, Haití y Nicaragua aún distan mucho de lograr la escolarización primaria universal.

Los factores geográficos, culturales, étnicos e idiosincrásicos, algunos de los cuales fueron medidos en forma directa y otros indirectamente, cumplen una función explicativa pero al parecer a partir de su vínculo con la distribución de variables socioeconómicas tales como la “riqueza” y la educación de la madre, que las políticas sectoriales deben considerar de manera integral.

²⁸ Sobre el último aspecto, se ahondó en el capítulo II, la medición de necesidades básicas insatisfechas (véase el cuadro II.1).

CAPÍTULO V

EL GASTO DE BOLSILLO EN SALUD: EVIDENCIA DE DESIGUALDADES PROFUNDAS

Los bienes y servicios de salud tienen tres fuentes principales de financiamiento, que varían de un país a otro conforme a la estructura de cada sistema de salud: impuestos generales y específicos, contribuciones a la seguridad social recaudadas mediante impuestos sobre la nómina, otros impuestos o cotizaciones y desembolsos realizados por los hogares que comprenden pagos directos y pagos por concepto de primas de seguros privados. Los sistemas de financiamiento de la protección y seguros sociales cumplen una función crucial en la salud de la población y debe tenerse presente que en la región el mercado del trabajo no ha demostrado tener capacidad incluyente, sea en términos de creación de empleos de calidad o en términos contributivos (CEPAL, 2006 y 2007a).

Las encuestas de ingresos y gastos de los hogares permiten cuantificar y analizar lo que los hogares gastan en salud. Respecto de los objetivos de desarrollo del Milenio relacionados con la salud, esta fuente no admite desagregaciones que permitan establecer vínculos entre los indicadores que se usan para medir estos objetivos y los desembolsos directos en salud que realizan los hogares. Por ejemplo, los gastos que realicen a raíz de episodios de morbilidad y que pudieran relacionarse con indicadores tales como la mortalidad materna o infantil, y que puedan dar lugar a gastos catastróficos, o información sobre hogares que carecen de acceso a servicios y que, incluso en caso de verse afectados por cuadros de morbilidad relacionados con los indicadores, no estén en condiciones de sufragar de su propio bolsillo los gastos en salud.

Sin embargo, los gastos en salud de los hogares proporcionan pistas interesantes sobre la prestación de servicios de salud y sobre la necesidad de avanzar en la equidad de su financiamiento y suministro. De allí que esta perspectiva se haya incluido en el presente documento.¹

Como se verá, aunque indirectamente relacionados con las metas del Milenio en salud y los indicadores pertinentes, un rasgo inquietante que se observa en América Latina y el Caribe es el número de hogares pobres que carecen de cobertura de salud y, al parecer, no están en condiciones de sufragar gastos en salud. Como se advertirá, mientras que el gasto catastrófico se relaciona más bien con elevados desembolsos en salud que con escasa capacidad de pago, otro tipo de limitación fundamental se manifiesta en esta incapacidad para efectuar desembolsos que es importante, por ejemplo, si se considera que la presencia de niños menores de cinco años va de la mano de un gasto en salud claramente superior, atenuado por la existencia de programas de atención específicos para ese grupo de edad. En consonancia con la desigual distribución del ingreso o con la elevada desigualdad que se observa en la desnutrición crónica examinada en el capítulo anterior, en América Latina y el Caribe sobresale también la extrema inequidad del gasto de bolsillo en salud respecto del ingreso de los hogares.²

Los desembolsos que las familias destinan a salud, además de los precios que cobran los proveedores privados o de los copagos de seguros públicos y privados, bien pueden reflejar la disponibilidad de los recursos y servicios públicos, con lo cual indirectamente puede determinarse el grado de equidad en el

¹ Aunque de manera no sistemática, los gastos en salud sufragados del propio bolsillo también han sido objeto de estudio en otros análisis del avance en la consecución de las metas del Milenio relacionadas con la salud. Por ejemplo, Wagstaff y Claeson (2004, p. 72 y 73) ofrecen información puntual sobre casos de morbilidad que implican gastos de bolsillo y plantean que ellos constituyen barreras al acceso de los pobres a bienes y servicios de salud y coartan el avance hacia los objetivos del Milenio.

² Se atribuye una significación creciente a los gastos en salud que realizan los hogares, y se ha recomendado que en las mediciones de pobreza en la región se tenga en cuenta esta variable. Se han propuesto correcciones a las medidas estándar de pobreza en dos sentidos: a) sustraer del ingreso total del hogar los gastos de bolsillo en salud, para reflejar mejor el ingreso disponible para gastar en el ítem “alimentos y demás necesidades”, y b) introducir como “gasto necesario” un cierto nivel mínimo de gastos en salud que se agregue a la canasta no alimentaria (Grupo de Río, 2006, págs. 67-73).

acceso a los servicios de salud. La proporción que corresponde a los gastos en salud en el presupuesto familiar y su composición relativa, así como las comparaciones entre grupos de ingresos, ofrecen importante información sobre las opciones de gasto de los hogares (OPS, 2007b, pp. 336-342; Suárez, Gordillo y Vane, 2007). Se analizará cómo en algunas circunstancias es posible que las familias no puedan realizar gastos de su bolsillo en bienes y servicios de salud, por mucho que ellos sean necesarios y adecuados para restablecerla (Peticara, 2008a y 2008b).

Para reflexionar sobre estas aristas del acceso a la salud se ha examinado una gama de 12 países —Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Honduras, México, Nicaragua, Perú, República Dominicana y Uruguay— que en el concierto regional tienen características singulares respecto de sus logros sanitarios y de sus sistemas de salud (Peticara, 2008a y 2008b). Además, mediante un modelo econométrico se profundiza en algunas características de los hogares que enfrentan mayores gastos médicos de su bolsillo y de aquellos que no parecen estar en condiciones de efectuarlos en siete de estos países (Peticara, 2008a).³

Cuadro V.1
**AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): COBERTURA Y PERÍODOS
DE REALIZACIÓN DE ENCUESTAS DE INGRESOS Y GASTOS**

País	Nombre	Cobertura	Período
Argentina	Encuesta nacional de gastos de los hogares	urbana	febrero 1996 - marzo 1997
Bolivia	Encuesta continua de hogares	nacional	noviembre 2003 - noviembre 2004
Brasil	Pesquisa de orçamentos familiares	nacional	julio 2002 - junio 2003
Chile	V Encuesta de presupuestos familiares	Gran Santiago	agosto 1996 - julio 1997
Colombia	Encuesta nacional de ingresos y gastos	23 capitales de departamento	marzo 1994 - febrero 1995
Ecuador	Encuesta nacional de ingresos y gastos de los hogares urbanos	urbana	febrero 2003 - enero 2004
Honduras	Encuesta nacional de condiciones de vida	nacional	julio - diciembre 2004
México	Encuesta nacional de ingreso-gasto de los hogares	nacional	3° trimestre de 2004
Nicaragua	Encuesta nacional de hogares sobre medición de nivel de vida	nacional	abril-julio 2001
Perú	Encuesta nacional de hogares	nacional	mayo 2003 - abril 2004
Rep. Dominicana	Encuesta nacional sobre gastos e ingresos de los hogares	nacional	octubre 1997 - octubre 1998
Uruguay	Encuesta de gastos e ingresos de los hogares	Montevideo e interior urbano	junio 1994 - mayo 1995

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

³ La consultoría realizada por Marcela Peticara (2008a) analiza Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, México y Uruguay y tuvo por finalidad enriquecer este documento interinstitucional. Véanse un tratamiento más amplio de los planteamientos, la exposición de la metodología empleada y la bibliografía completa utilizada en el texto pertinente. En el presente trabajo, sus planteamientos se reproducen parcialmente, de manera literal o con leves modificaciones de forma. Al iniciarse el estudio, la CEPAL estaba sometiendo a revisión ciertos rubros de gasto de algunas encuestas que no pudieron incluirse. Pero tras esa revisión se procesaron algunas variables de las siguientes encuestas de ingresos y gastos: Bolivia, 2003-2004; Perú, 2003-2004; República Dominicana, 1997-1998; Honduras, 2004 y Nicaragua, 2001 (Peticara, 2008b). En este capítulo se combinan hallazgos de ambos textos y se remite al primero para un tratamiento más detallado de los temas.

Algunas encuestas tienen representatividad nacional, otras son solo urbanas; unas se circunscriben a la capital del país o a capitales de estados; algunas son de la década pasada y otras de la actual. Una variable importante, como los seguros, solo era considerada en algunas. Todo esto acota notablemente la comparación entre países (véase el cuadro V.1).

1. BREVE DEFINICIÓN DE ALGUNOS CONCEPTOS

El gasto de los hogares en servicios de salud como porcentaje del total del gasto de consumo doméstico representa los costos de la atención de salud solventados por las familias mediante gastos directos —denominados también gastos de bolsillo— o indirectos, que se refieren al pago de planes de atención médica prepagados, seguros médicos privados y contribuciones al seguro público (OPS, 2007b). Los hogares realizan estos pagos directos de manera fragmentada, generalmente al prestador del servicio; ellos dependen de la capacidad de pago de cada cual y, por tanto, son ajenos a una lógica de solidaridad o de diversificación de los riesgos (Sojo, 2003). Se estima que los pagos directos del propio bolsillo son una de las formas menos eficientes y menos justas de financiamiento de la salud y pueden acarrear el empobrecimiento de las familias.

Los gastos de bolsillo en salud abarcan los desembolsos directos de los hogares en rubros relacionados con la salud, tales como hospitalizaciones, procedimientos ambulatorios y medicamentos de carácter neto, es decir, deducidos de los reembolsos que se reciban del sistema de salud o del seguro al que se esté afiliado. La carga del gasto de bolsillo expresa la magnitud de tales gastos respecto de la capacidad de pago del hogar. Esta se define como el ingreso total del hogar menos sus gastos de subsistencia.⁴

Las necesidades de subsistencia se refieren a los gastos en alimentos en que incurre cada hogar, incluidos el consumo de alimentos y excluidos los bienes de lujo. Para cada país debe estimarse el nivel de gasto de subsistencia, es decir, la suma que necesita el hogar para alimentar adecuadamente a sus miembros. Siguiendo a Xu (2005), se define una línea de pobreza o línea de subsistencia relativa, que se estima como el gasto medio per cápita en alimentos que realiza una familia ubicada entre los percentiles 45 y 55 de la distribución de la razón entre el gasto en alimentos y el gasto total. Así, la línea de subsistencia refleja el gasto de una familia “tipo”, es decir, situada en el centro de la distribución.⁵ El análisis de este capítulo adopta esta línea de pobreza debido a su uso tradicional en los estudios sobre la materia y para que estos hallazgos guarden cierta sintonía y diálogo con esa literatura.

Cabe subrayar que esta línea no es comparable con las líneas de pobreza o de indigencia que se utilizan generalmente en América Latina y el Caribe para analizar las encuestas de hogares, como se hizo para medir la indigencia en el capítulo II del presente libro. Las líneas de indigencia se establecen normativamente en cada uno de los países de acuerdo con el valor de una canasta básica de alimentos que permite la subsistencia: es decir, las líneas de pobreza extrema son iguales al costo de esa canasta, expresada en moneda nacional, por persona y por mes. Por su parte, las líneas de pobreza se calculan a partir de una canasta de consumo que incluye otros rubros básicos, además de los alimentos. Para resaltar el carácter específico de la línea de pobreza propuesta por Xu aquí utilizada y que no es comparable con otras, los términos pobreza o empobrecimiento figurarán entre comillas a lo largo del capítulo.

Otro aspecto del gasto de bolsillo en salud se refiere a los denominados gastos catastróficos: cuando la magnitud de la carga de gastos de bolsillo supera un límite determinado de la capacidad de gasto de las

⁴ Se ha denominado también ingreso efectivo no destinado a subsistencia.

⁵ Xu (2005) sugiere tomar como familia “tipo” a aquella que está en el centro de la distribución de la razón del gasto en alimentos con respecto al gasto total, ya que el nivel de gasto en alimentos de una familia que destina el 100% de su gasto a alimentos será bajo debido a que es una familia de bajos ingresos, mientras que una que destina el 5% de su gasto total a alimentos tiene una alta probabilidad de disponer de altos ingresos.

familias, se considera que los gastos son catastróficos. Por lo general, el límite se establece en el 40% de la capacidad de pago y esta clase de gastos puede “empobrecer” a las familias (Xu, Evans y Aguilar, 2003). Las restricciones de la protección social en salud se traducen en eventos de morbilidad graves, de carácter agudo o crónico (hipertensión, transplante de riñón, VIH/SIDA), o en eventos pequeños pero recurrentes (bronquitis recurrente en un lactante) que pueden ocasionar elevados gastos de bolsillo; en consecuencia, ambos son potencialmente catastróficos. Los gastos catastróficos no necesariamente se relacionan con enfermedades de alto costo: su incidencia relativa no solo se relaciona con el estado de salud sino también con las características del aseguramiento. La incidencia debería ser menor, por ejemplo, en los países que ofrecen un paquete de garantías explícitas, universales y exigibles o donde el Estado proporciona cobertura universal y gratuita a toda la población. Sin embargo, los estudios aún no son concluyentes respecto de cuáles son los elementos centrales de un sistema de seguro de salud que proteja a los hogares contra los gastos catastróficos o, por el contrario, estimulen a los hogares a incurrir en gastos de tal magnitud (Perticara, 2008a).⁶

Es preciso agregar que el carácter de lo que es catastrófico depende no solo del monto del desembolso sino del tiempo durante el cual debe incurrirse en ellos o de su carácter puntual o reiterado. La periodicidad del gasto, por ejemplo, debe relacionarse con el tipo de morbilidad: es el caso de las enfermedades crónicas, de alta incidencia también en la población de bajos recursos. Así vista, su medición mediante las encuestas de ingresos o gastos no puede reflejar plenamente la incidencia de los gastos catastróficos o el “empobrecimiento” que sufren los hogares por esta razón (Knaul y otros, 2003) y el análisis que se realiza en este capítulo está sujeto a esa subestimación.

En los estudios sobre el gasto de bolsillo en salud se ha pasado por alto un aspecto medular que emerge en la región, a saber, el gasto en salud reprimido. Por cierto, la ausencia de gasto en salud en los hogares puede obedecer a muy diversas razones, tanto positivas como negativas: una buena cobertura de salud mediante sistemas públicos o privados, ausencia de eventos de morbilidad en el período, precariedad de los ingresos del hogar y falta de acceso a crédito que impiden realizar gastos en episodios de morbilidad aun cuando se carezca de cobertura adecuada. Pero si un hogar tiene limitadas posibilidades de gasto por la última razón, no se observa el valor que expresaría su necesidad real de gasto en salud, y los motivos podrían depender del mismo conjunto de factores determinantes que el gasto de bolsillo en salud, en los que se indagará en este capítulo.

2. CARGA DEL GASTO DE BOLSILLO EN SALUD Y “EMPOBRECIMIENTO”

La importancia del gasto de bolsillo en salud varía bastante de un país a otro (véanse el cuadro V.2a y el cuadro V.2b). En algunos, la carga no es tan alta. La menor magnitud se registra en Bolivia, con el 4%, mientras que en Brasil, Chile, Colombia, México y Uruguay se eleva aproximadamente al 5%, en República Dominicana al 6% y en Ecuador al 7,4%. Es mayor en Argentina, con el 8%, en Perú, con casi el 9% y en Nicaragua, con el 10%. Entre los países examinados, Honduras es, con creces, el que registra una carga más alta, de aproximadamente un 16% (véase el gráfico V.1).

⁶ Perticara (2008a) reflexiona sobre algunos posibles vínculos de las características del gasto de bolsillo en salud con aquellas de los sistemas de salud de los siete países analizados.

Cuadro V.2a
**AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): INDICADORES RELACIONADOS
 CON EL GASTO DE BOLSILLO EN SALUD**
(En porcentajes)

	Argentina	Bolivia	Brasil	Chile	Colombia	Ecuador	Honduras	México	Nicaragua	Perú	República Dominicana	Uruguay
Ingreso per cápita total (como razón del ingreso medio total)												
Capacidad de gasto/ ingreso per cápita total	73,9	56,4	86,6	78,6	73,3	80,7	82,1	80,9	54,7	...	65,2	79,8
Gasto total/capacidad de gasto	108,8	138,7	113,2	109,3	128,0	83,0	150,2	113,9	179,0	139,6	365,4	109,5
Gasto en salud/gasto total	8,5	3,2	5,4	6,0	3,8	5,2	13,5	4,8	5,9	6,6	3,3	10,4
Costo cobertura médica/gasto en salud	27,7	...	27,4	9,6	8,3	0,5	...	1,4	...	...	...	57,2
Gasto de bolsillo en salud/gasto en salud	72,3	100,0	72,6	90,4	91,7	99,5	99,7	98,6	100,0	100,0	97,1	42,8
Gasto de bolsillo en salud/capacidad de pago	8,1	3,9	4,9	5,5	5,3	7,4	16,2	5,3	10,1	8,8	5,8	5,2
Distribución de hogares según cobertura												
Porcentaje de hogares con gasto de bolsillo en seguro de salud	27,5	...	23,1	22,2	8,0	0,5	...	0,8	...	...	...	80,7
Porcentaje de hogares con gasto de bolsillo cero en salud	50,1	43,9	19,9	37,1	23,9	5,8	20,6	23,6	23,2	13,6	52,0	26,9
Gasto de bolsillo en salud/capacidad de pago, hogares con gasto positivo	...	7,0	...	...	...	...	20,4	...	13,1	10,2	10,9	...
Porcentaje de hogares con gasto de bolsillo cero en salud, pero que gastan en seguro médico	10,3	...	1,8	6,4	1,0	0,0	...	0,1	...	...	...	18,4
Porcentaje de hogares cuya carga de gastos de bolsillo alcanza el 40	5,6	0,9	0,5	2,1	0,6	1,6	13,3	1,9	5,3	2,4	0,4	0,5
Tasa de pobreza	13,8	13,0	4,4	11,1	7,7	7,4	20,3	3,9	23,2	10,7	59,6	3,8
Tasa de pobreza en hogares con gasto de bolsillo cero en salud	21,6	18,7	11,1	22,4	8,0	27,4	27,2	6,6	27,4	23,2	67,6	9,5
Porcentaje de hogares que se empobrecen tras afrontar gasto de bolsillo en salud	1,9	0,6	0,6	0,9	1,0	1,1	4,8	0,5	2,5	1,4	1,3	0,3

Fuente: M. Peticara, “Incidencia de los gastos de bolsillo en salud en siete países latinoamericanos”, *serie Políticas sociales*, N° 141 (LC/L.2879-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2008, en prensa y “Un análisis descriptivo de gastos de bolsillo en salud en Bolivia, Honduras, Nicaragua, Perú y República Dominicana”, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2008, inédito, sobre la base de encuestas de ingresos y gastos de los países seleccionados.

Notas: Ver períodos de realización de las encuestas en el cuadro V.1.

Tres puntos (...) indican que los datos faltan, no constan por separado o no están disponibles.

Cuadro V.2b
AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): INDICADORES RELACIONADOS CON EL GASTO DE BOLSILLO EN SALUD, SEGÚN HOGARES CON Y SIN SEGURO MÉDICO

	Argentina		Brasil		Ecuador		México		Perú		Uruguay	
	Hogares		Hogares		Hogares		Hogares		Hogares		Hogares	
	Sin seguro	Con seguro	Sin seguro	Con seguro	Sin seguro	Con seguro	Sin seguro	Con seguro	Sin seguro	Con seguro	Sin seguro	Con seguro
Ingreso per cápita total (como razón del ingreso medio total)	0,56	1,21	0,61	1,98	0,68	1,95	0,74	1,34	0,58	1,90	0,44	1,02
Capacidad de gasto/ ingreso per cápita total	50,2	80,0	78,0	95,0	71,6	92,6	75,3	91,6	...	...	60,2	80,4
Gasto total/capacidad de gasto	181,9	98,1	128,6	101,7	98,4	62,5	128,7	88,9	159,8	118,3	157,6	108,8
Gasto en salud/gasto total	4,4	9,7	3,9	6,8	5,0	5,1	5,0	2,7	5,0	7,3	2,7	10,6
Costo cobertura médica/gasto en salud	1,7	32,9	3,9	46,9	0,0	1,9	1,6	1,9	...	...	1,0	57,0
Gasto de bolsillo en salud/gasto en salud	98,3	67,1	96,1	53,1	100,0	98,1	98,4	98,1	100,0	100,0	99,0	43,0
Gasto de bolsillo en salud/capacidad de pago	5,5	9,1	4,9	4,5	7,5	7,0	5,9	2,4	7,0	9,1	3,1	5,3
Distribución de hogares según cobertura	24,1	59,1	72,4	6,4	55,8	8,3	56,9	3,1	30,3	13,2	1,7	91,7
Porcentaje de hogares con gasto en seguro de salud												
Porcentaje de hogares con gasto de bolsillo cero en salud	62,7	45,3	24,3	14,7	7,7	7,8	23,7	38,8	25,4	11,6	52,1	26,1
Gasto de bolsillo en salud/capacidad de pago, hogares con gasto positivo	...	...	...	...	...	...	...	...	9,4	10,3	...	...
Porcentaje de hogares con gasto de bolsillo cero en salud, pero que gastan en seguro médico	0,6	15,2	0,2	11,3	0,0	0,0	0,2	0,0	...	...	0,0	18,4
Porcentaje de hogares cuya carga de gastos de bolsillo alcanza el 40%	3,4	6,5	0,6	0,3	1,8	1,6	2,0	0,3	2,7	2,2	0,0	0,5
Tasa de pobreza	30,9	6,5	6,0	0,1	12,2	1,9	6,3	0,0	15,5	7,4	122,4	1,6
Tasa de pobreza en hogares con gasto de bolsillo cero en salud	39,6	11,2	12,5	0,7	35,3	2,9	10,8	0,0	28,8	3,1	14,4	9,3
Porcentaje de hogares que se empobrecen tras afrontar gasto de bolsillo en salud	1,6	2,0	0,8	0,0	1,8	0,1	0,9	0,0	1,5	0,5	0,0	0,3

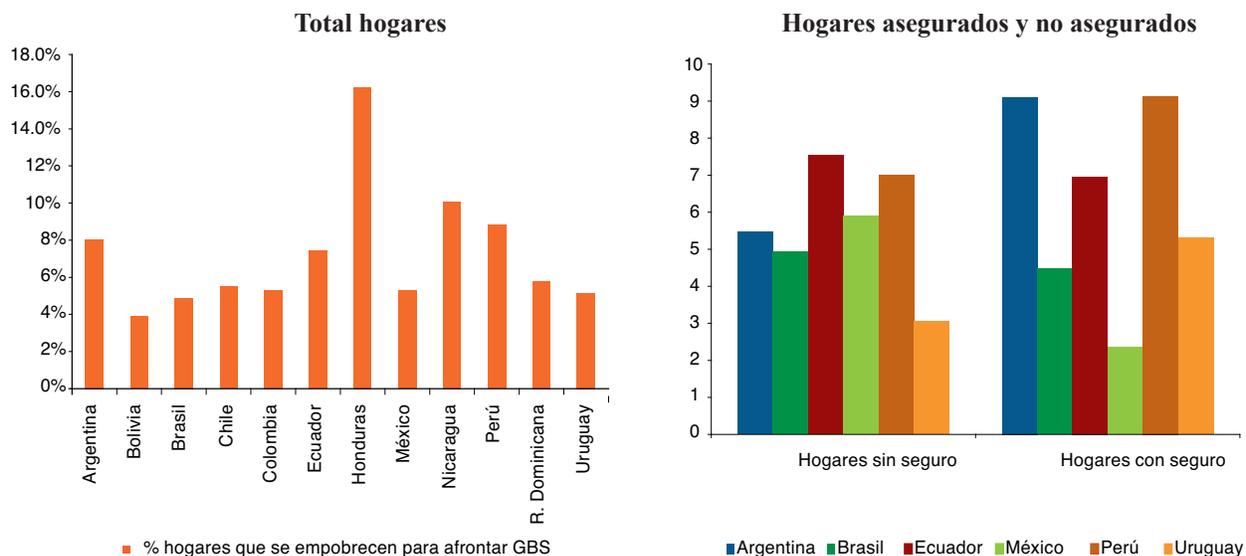
Fuente: M. Peticara, “Incidencia de los gastos de bolsillo en salud en siete países latinoamericanos”, *serie Políticas sociales*, N° 141 (LC/L.2879-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2008, en prensa y “Un análisis descriptivo de gastos de bolsillo en salud en Bolivia, Honduras, Nicaragua, Perú y República Dominicana”, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2008, inédito, sobre la base de encuestas de ingresos y gastos de los países seleccionados.

Notas: Ver períodos de realización de las encuestas en el cuadro V.1.
 “Con seguro” se refiere a hogares en que todos sus miembros tienen algún tipo de seguro médico; “sin seguro”, a hogares en que ninguno de los miembros cuenta con algún tipo de seguro.
 Tres puntos (...) indican que los datos faltan, no constan por separado o no están disponibles.

Gráfico V.1

PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA, INCIDENCIA DEL GASTO DE BOLSILLO EN SALUD SOBRE LA CAPACIDAD DE PAGO DE LOS HOGARES

(En porcentajes)



Fuente: M. Peticara, “Incidencia de los gastos de bolsillo en salud de siete países latinoamericanos”, *serie Políticas sociales*, N° 141 (LC/L.2879-P), Santiago de Chile, Comisión Económica de América Latina y el Caribe (CEPAL), 2008, en prensa y “Un análisis descriptivo de gastos de bolsillo en salud en Bolivia, Honduras, Nicaragua, Perú y República Dominicana”, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2008, inédito, sobre la base de encuestas de ingresos y gastos de los países seleccionados.

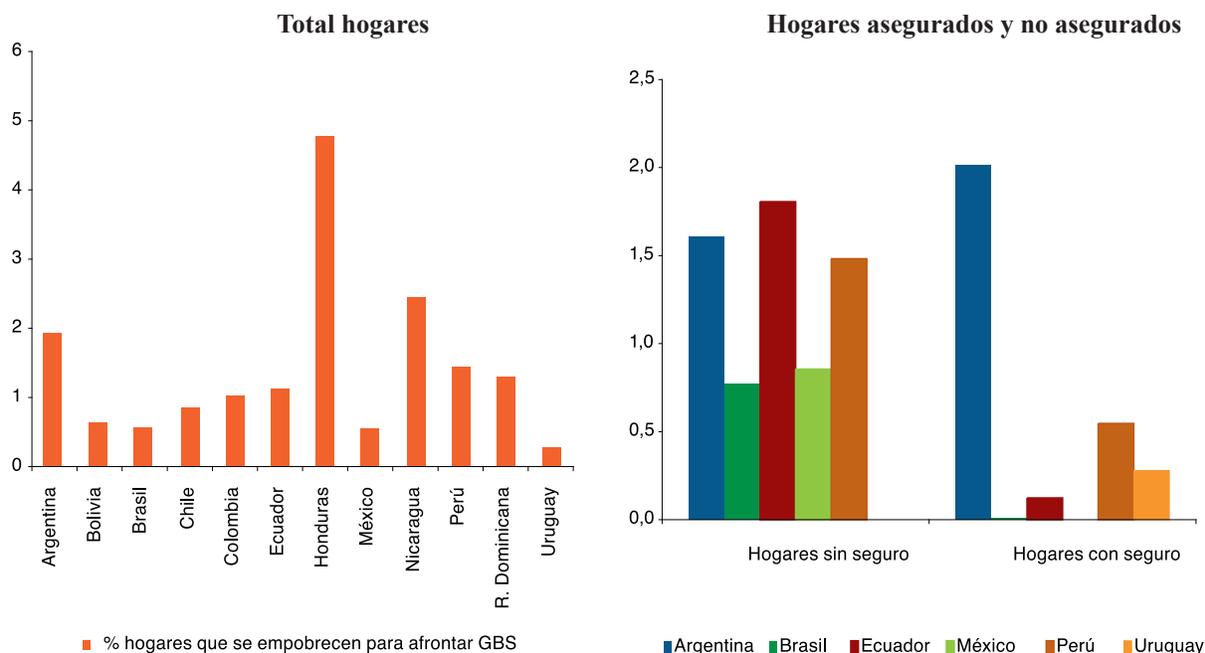
Nota: Ver períodos de realización de las encuestas en el cuadro V.1.

En cuanto al “empobrecimiento” que ocasiona su magnitud, el porcentaje de hogares es muy bajo en Brasil, México y Uruguay; en Bolivia apenas llega al 0,6%. En Chile, Colombia y México se aproxima al 1%, en Perú y República Dominicana se sitúa en torno al 1,5% y en Argentina registra el valor más alto, con el 1,9%. Pero en Nicaragua se registran tasas más altas (2,5%) y en Honduras son muy apreciables (casi el 5%) (véase el gráfico V.2).

En otras palabras, en varios países la proporción de hogares que se “empobrecen” cuando enfrentan gastos de salud no es tan elevada. Sin embargo, se destacan los efectos negativos en Honduras: el porcentaje de hogares empobrecidos casi quintuplica el del país con el registro menor. Por otra parte, es preciso reiterar que tanto el ingreso como el gasto en salud se miden respecto del mes en que se realiza la encuesta, por lo que no reflejan la carga permanente o en promedio del gasto de bolsillo en salud. Así, como se verá más adelante, debido a hechos fortuitos o más estructurales, las familias pueden tener gastos en salud inusualmente altos o bajos en ese mes.

Los seguros privados de salud y los planes cuyo financiamiento se basa en el prepago son mecanismos importantes del gasto privado en salud y plantean un gran desafío a la política pública respecto de la aplicación de regulaciones que velen por la eficacia del funcionamiento de estos mercados y actúen sobre las desigualdades de acceso a los sistemas de salud. Al parecer, el tamaño de los mercados del seguro privado de salud y los planes de prepago están determinados por la importancia del sistema público de salud, el alcance de cobertura de la población, los servicios abarcados por los seguros sociales de salud y las políticas que regulan el funcionamiento de estos mercados (OPS, 2007a).

Gráfico V.2
AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): HOGARES QUE SE “EMPOBRECEN” TRAS AFRONTAR GASTOS DE BOLSILLO EN SALUD
(En porcentajes)



Fuente: M. Peticara, “Incidencia de los gastos de bolsillo en salud en siete países latinoamericanos”, *serie Políticas sociales*, N° 141 (LC/L.2879-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2008, en prensa y “Un análisis descriptivo de gastos de bolsillo en salud en Bolivia, Honduras, Nicaragua, Perú y República Dominicana”, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2008, inédito, sobre la base de encuestas de ingresos y gastos de los países seleccionados.

Nota: Ver períodos de realización de las encuestas en el cuadro V.1

En ese sentido, algunos hallazgos muestran cómo la carga del gasto de bolsillo en salud se relaciona no solo con la cobertura de los sistemas públicos de salud y con los precios que prevalecen en estos mercados, sino con los sistemas de seguro. En Argentina y Uruguay, el Estado presta servicios médicos directamente a la población de menores recursos y la cobertura del sistema de seguro social es relativamente amplia. Pero en estos países precisamente son los hogares con cobertura completa los que sobrellevan una carga mayor de gastos de bolsillo en salud⁷ y enfrentan tasas más altas de “empobrecimiento”, en circunstancias de que tampoco el costo de su cobertura médica es menor. Por ejemplo, en Argentina los hogares con cobertura completa destinan un tercio de su gasto mensual en salud al pago del seguro médico y en Uruguay, este costo se eleva al 57%. Por otro lado, en Ecuador y México, donde la cobertura del seguro de salud es más baja, la carga del gasto de bolsillo en salud, sin embargo, no es particularmente alta y los desembolsos por concepto de cobertura médica son bajos. En Brasil, un bajo porcentaje de los hogares contrata seguros de salud para complementar el Sistema único de salud (SUS), pero algunos de esos hogares pagan sumas apreciables de su propio bolsillo con este fin (Peticara, 2008a).⁸

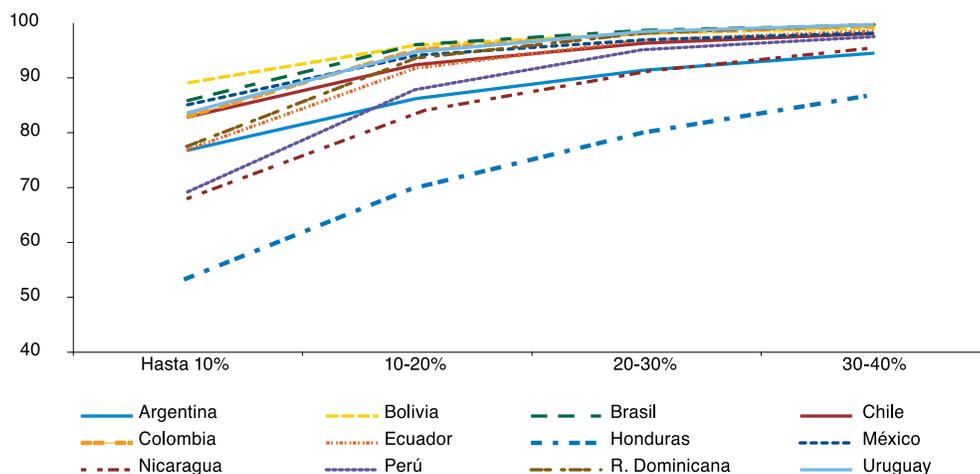
⁷ Esto es también cierto si la carga media del gasto de bolsillo se define considerando únicamente los hogares que tienen esta clase de gastos.

⁸ Según CEPAL (2006) basado en Medici (2001), en este país más del 50% del gasto total en salud (que incluye el pago de seguros) proviene del bolsillo de los hogares, ya que si bien un 40% de la población utiliza exclusivamente el SUS, un 44% lo complementa con seguros privados.

3. GASTOS CATASTRÓFICOS EN SALUD Y GASTO EN MEDICAMENTOS

En Honduras se registra la mayor proporción de hogares que incurre en gastos catastróficos, con el 13,3%, seguido por Nicaragua, con el 5,3%. De acuerdo con otras definiciones de la cota de la capacidad de pago (30% o 20%), Honduras sigue siendo el país con mayor incidencia de gastos catastróficos (véanse el gráfico V.3 y el cuadro V.2). En Argentina, alrededor del 3% de los hogares incurre en ellos, seguida de Perú, con el 2,4%, y por Chile, México y Ecuador, con aproximadamente el 2% (véanse el gráfico V.3 y el cuadro V.2). Utilizando otras magnitudes de esta cota (30% o 20%), en Argentina también se da una alta incidencia, en la que influye el gasto de los hogares que tienen cobertura de aseguramiento completa (véase el gráfico V.4).

Gráfico V.3
AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): DISTRIBUCIÓN ACUMULADA DE LOS HOGARES, SEGÚN CARGA DEL GASTO DE BOLSILLO EN SALUD
(En porcentajes)



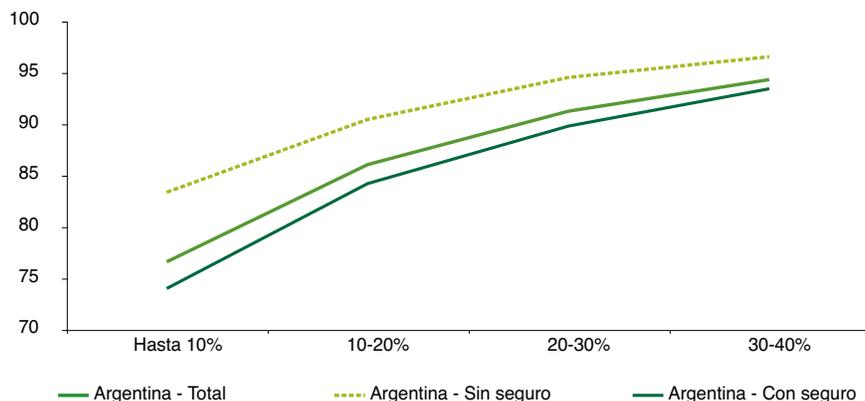
Fuente: M. Peticara, "Incidencia de los gastos de bolsillo en salud en siete países latinoamericanos", *serie Políticas sociales* N° 141 (LC/L.2879-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2008, en prensa y "Un análisis descriptivo de gastos de bolsillo en salud en Bolivia, Honduras, Nicaragua, Perú y República Dominicana", Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2008, inédito, sobre la base de encuestas de ingresos y gastos de los países seleccionados.

Nota: Ver períodos de realización de las encuestas en el cuadro V.1.

Ahora bien, ¿quiénes enfrentan gastos catastróficos? ¿los hogares de bajos ingresos cuyos gastos en salud son relativamente altos, o los de altos ingresos que sufren eventos de salud muy costosos?

En el cuadro V.3 se presenta la distribución porcentual de los hogares para distintos niveles de gastos en 12 países. Además se presenta el ingreso per cápita medio, el gasto de bolsillo en salud y el gasto en seguro médico para hogares con distintos niveles de esta carga. Se advierte que el gasto catastrófico se asocia más bien con gastos de bolsillo elevados que con escasa capacidad de pago. En Brasil, Chile, Colombia y México, un hogar que tenga una elevada carga puede desembolsar más de 10 veces lo que gasta un hogar medio. En Bolivia, un hogar cuya carga sea elevada (del 40% o más) puede gastar 16 veces más que un hogar medio. República Dominicana constituye un caso distinto, en el cual la elevada carga se vincula más bien con una baja capacidad de pago y no necesariamente con altos niveles de gastos de bolsillo en salud.

Gráfico V.4
ARGENTINA: DISTRIBUCIÓN ACUMULADA DE LOS HOGARES, SEGÚN CARGA DEL GASTO DE BOLSILLO EN SALUD EN LA CAPACIDAD DE PAGO, SEGÚN TENENCIA DE SEGURO MÉDICO
 (En porcentajes)



Fuente: M. Peticara, “Incidencia de los gastos de bolsillo en salud en siete países latinoamericanos”, *serie Políticas sociales*, N° 141 (LC/L.2879-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2008, en prensa y “Un análisis descriptivo de gastos de bolsillo en salud en Bolivia, Honduras, Nicaragua, Perú y República Dominicana”, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2008, inédito, sobre la base de encuestas de ingresos y gastos de Argentina (1996 y 1997).

En el cuadro V.3 se muestra que el gasto catastrófico se relaciona con gastos de hospitalización y en medicamentos, más que con consultas generales y profesionales. En todos los países, excepto Uruguay, la participación del gasto en hospitalización en el total del gasto se eleva al incrementarse la carga pertinente. Por ejemplo, en Brasil y México, un hogar cuya carga sea del 40% o más puede destinar hasta el 60% o más a gastos de hospitalización. Pero en Uruguay, estos últimos también son muy altos en los hogares en que la carga es reducida, es decir, inferior al 10%.

Por su parte, los gastos en medicamentos representan una elevada proporción del gasto de bolsillo en salud en todos los países (véase el gráfico V.5). Son relativamente más bajos en Honduras, de casi el 18%, y en Uruguay, donde fluctúan en torno al 25%, seguidos por Perú (40%) y Bolivia (más del 40%). Pero en Argentina, Brasil y México, absorben más del 50% del total del gasto y en Nicaragua ascienden al 60%.

En Argentina y México el gasto en medicamentos de los hogares con gastos catastróficos es relativamente alto y sobrepasa el 70% del total del gasto de bolsillo en salud. En Brasil, Chile y Colombia, en cambio, su participación relativa en el total del gasto de bolsillo es más baja en los hogares con gastos catastróficos (véase el cuadro V.3).⁹

⁹ En algunos casos, las cifras de gasto en medicamentos pueden no ser muy claras, ya que la declaración de la familia puede depender de cómo los centros hospitalarios cubran o facturen los medicamentos administrados en los casos de hospitalización. En Chile, por ejemplo, el costo de los medicamentos en la atención ambulatoria solo está cubierto por los sistemas público y privado para las patologías incluidas en el Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE). Pero en menor o mayor medida en los países todos los planes de salud abarcan medicamentos (en un 70% al 90%, con o sin límite) en caso de hospitalización. En Argentina, las obras sociales y seguros privados usualmente cubren los medicamentos en un 50% al 70%, pero la cobertura de medicamentos y material desechable en hospitalización no es completa.

Cuadro V.3
AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): ESTRUCTURA Y NIVELES DE GASTO,
SEGÚN LA CARGA DE GASTOS DE BOLSILLO EN SALUD
(En porcentajes)

	En porcentajes del promedio		Distribución del porcentaje de gasto de bolsillo en salud					Gasto en seguro médico como porcentaje del gasto total
	Ingreso per cápita	Gasto de bolsillo en salud (GBS)	Consultas generales ^a	Especialidades	Gastos de laboratorio	Hospitalización	Medicamentos	
Argentina								
Sin GBS	87							4,9
Menos del 10%	127	66	11,1	35,9	0,0	1,5	51,5	6,5
10% a 19%	109	216	5,7	26,4	0,0	4,3	63,7	6,7
20% a 29%	99	326	6,1	20,9	0,0	6,1	66,9	5,4
30% a 39%	102	414	4,7	21,6	0,0	8,2	65,6	4,1
40% y más	76	572	2,6	15,6	0,0	11,2	70,6	3,3
Bolivia								
Sin GBS	91							0,0
Menos del 10%	110	95	10,8	17,6	6,7	3,5	61,5	0,0
10% a 19%	97	309	6,1	16,7	6,0	24,4	46,8	0,0
20% a 29%	101	600	3,2	9,8	4,5	61,4	21,1	0,0
30% a 39%	70	668	2,7	8,5	3,3	59,7	25,8	0,0
40% y más	77	1725	0,6	3,3	0,5	80,7	14,9	0,0
Brasil^b								
Sin GBS	69							1,7
Menos del 10%	115	86		31,3	3,3	1,8	63,6	4,5
10% a 19%	73	228		32,4	4,9	6,8	55,9	4,5
20% a 29%	73	337		29,7	6,9	9,0	54,4	3,1
30% a 39%	78	476		27,5	6,0	18,7	47,8	4,3
40% y más	90	1318		14,9	3,0	60,0	22,1	2,6
Chile								
Sin GBS	81							1,1
Menos del 10%	111	60	27,7	15,0	5,3	2,4	49,6	1,9
10% a 19%	116	247	23,4	23,1	8,8	6,3	38,3	1,5
20% a 29%	107	375	20,3	27,4	9,5	9,5	33,3	1,9
30% a 39%	100	599	16,3	27,8	7,1	27,1	21,8	0,8
40% y más	107	1126	10,0	22,7	4,6	49,2	13,5	1,3
Colombia								
Sin GBS	86							1,0
Menos del 10%	112	74	14,5	20,7	6,2	10,4	48,2	1,2
10% a 19%	69	223	15,4	12,5	12,9	13,6	45,7	0,6
20% a 29%	61	330	16,5	9,0	14,4	12,5	47,6	0,2
30% a 39%	65	554	7,9	8,3	32,0	15,8	35,9	0,1
40% y más	71	1050	5,3	11,9	27,2	36,9	18,7	0,2
Ecuador								
Sin GBS	95							0,0
Menos del 10%	104	64	12,3	27,6	10,1	9,5	40,5	0,1
10% a 19%	89	188	6,9	19,9	8,1	23,5	41,6	0,0
20% a 29%	92	287	4,7	13,6	6,4	35,5	39,9	0,1
30% a 39%	83	342	4,1	12,9	6,1	40,5	36,4	0,0
40% y más	79	411	2,7	9,3	6,2	41,7	40,1	0,0

(continúa)

Cuadro V,3 (conclusión)

	En porcentajes del promedio		Distribución del porcentaje de gasto de bolsillo en salud					Gasto en seguro médico como porcentaje del gasto total
	Ingreso per cápita	Gasto de bolsillo en salud (GBS)	Consultas generales ^a	Especialidades	Gastos de laboratorio	Hospitalización	Medicamentos	
Honduras								
Sin GBS	120							
Menos del 10%	109	25	68,6				31,4	
10% a 19%	105	92	76,4				23,6	
20% a 29%	89	135	77,4				22,6	
30% a 39%	79	193	82,0				18,0	
40% y más	59	374	87,9				12,1	
México								
Sin GBS	90							0,1
Menos del 10%	104	53	18,2	27,2	6,1	1,8	46,6	0,2
10% a 19%	83	192	12,6	24,2	7,4	6,8	48,8	0,0
20% a 29%	78	349	9,7	13,8	7,4	16,3	52,7	0,1
30% a 39%	140	606	5,6	11,5	4,2	24,4	54,2	0,1
40% y más	184	1707	5,3	8,0	3,0	13,0	70,6	0,1
Nicaragua								
Sin GBS	104							
Menos del 10%	121	46	29,6				70,4	
10% a 19%	80	140	36,1				63,9	
20% a 29%	65	202	30,4				69,6	
30% a 39%	58	280	34,0				66,0	
40% y más	48	594	45,2				54,8	
Perú								
Sin GBS	83							0,0
Menos del 10%	115	54	21,0	25,8	5,1	7,4	40,7	0,0
10% a 19%	88	160	17,3	16,5	10,6	13,2	42,4	0,0
20% a 29%	67	255	13,7	12,1	14,9	16,7	42,6	0,0
30% a 39%	82	356	11,9	11,2	22,3	15,5	39,0	0,0
40% y más	52	505	8,7	5,1	29,6	22,5	34,1	0,0
Rep. Dominicana								
Sin GBS	89							0,5
Menos del 10%	123	186	18,1	33,8	17,5	7,5	23,1	1,2
10% a 19%	101	200	14,2	21,5	28,3	6,1	29,9	0,9
20% a 29%	72	166	13,5	14,0	38,6	5,0	28,8	0,1
30% a 39%	74	185	9,9	12,5	41,9	8,6	27,2	0,7
40% y más	80	217	8,2	18,6	30,2	6,8	36,2	0,0
Uruguay								
Sin GBS	71							13,2
Menos del 10%	114	78	15,3	25,7	0,3	32,6	26,1	14,0
10% a 19%	106	284	22,7	33,3	0,1	15,9	27,9	14,3
20% a 29%	92	401	31,0	29,0	0,1	15,6	24,4	13,7
30% y más	75	561	22,6	26,6	0,2	24,8	25,9	12,5

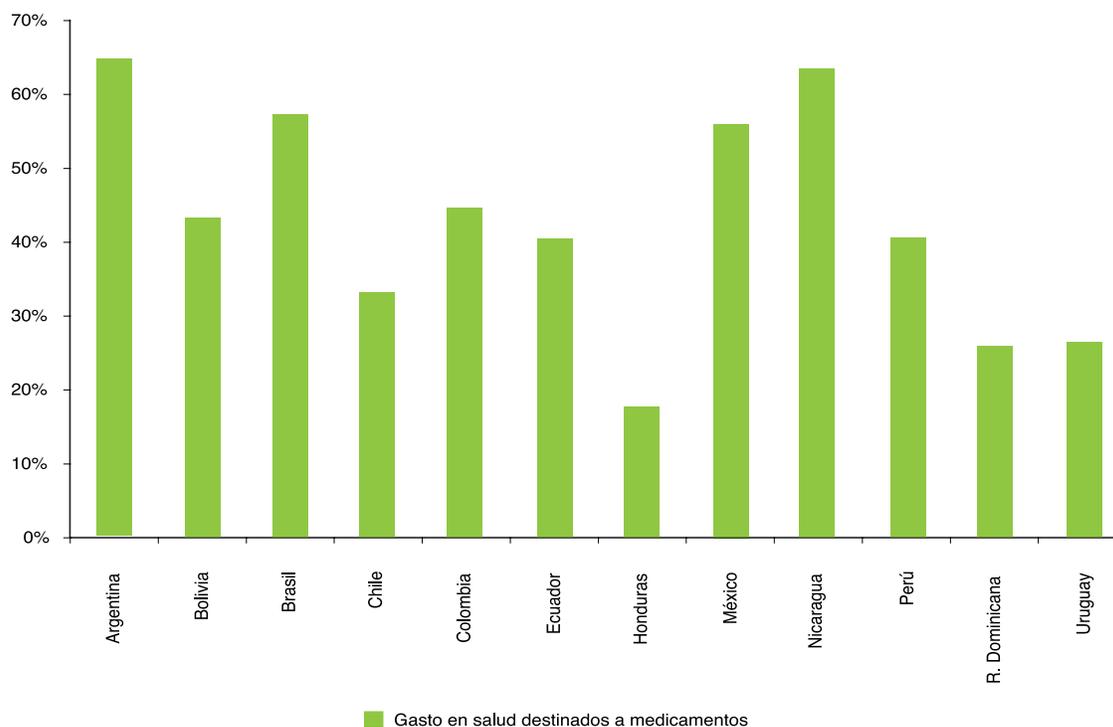
Fuente: M. Peticara, “ Incidencia de los gastos de bolsillo en salud en siete países latinoamericanos”, *serie Políticas sociales*, N° 141 (LC/L.2879-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2008, en prensa y “Un análisis descriptivo de gastos de bolsillo en salud en Bolivia, Honduras, Nicaragua, Perú y República Dominicana”, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2008, inédito, sobre la base de encuestas de ingresos y gastos de los países seleccionados.

Nota: Ver períodos de realización de las encuestas en el cuadro V.1.

^a Para Honduras y Nicaragua los gastos de bolsillo en consultas generales se refieren a gastos en salud excepto medicamentos; no pudieron desglosarse los diferentes ítems del gasto en salud y en los gastos médicos solo pudieron identificarse los gastos en medicamentos.

^b La base de datos de Brasil no permite separar las consultas generales de las especialidades.

Gráfico V.5
**AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): GASTO DE BOLSILLO
 DESTINADO A MEDICAMENTOS**
 (En porcentajes)



Fuente: M. Peticara, “Incidencia de los gastos de bolsillo en salud en siete países latinoamericanos”, *serie Políticas sociales*, N° 141 (LC/L.2879-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2008, en prensa y “Un análisis descriptivo de gastos de bolsillo en salud en Bolivia, Honduras, Nicaragua, Perú y República Dominicana”, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2008, inédito.

Nota: Ver períodos de realización de las encuestas en el cuadro V.1

4. DESIGUALDAD Y GASTO EN SALUD REPRIMIDO

Como se indicó, tradicionalmente en los estudios se ha pasado por alto un aspecto medular, a saber, qué indica la ausencia de gasto de bolsillo en salud. Pero es así como, con excepción de Ecuador, una alta proporción de hogares de los países estudiados no declara estos gastos.

En República Dominicana el 52% de los hogares no declara gastos de bolsillo en salud, y en Argentina lo hace el 50%, seguido de Bolivia, con casi un 44%. En Chile, el 37% de los hogares tiene gasto de bolsillo cero; en Brasil, Colombia, Honduras, México, Nicaragua y Uruguay la proporción va del 20% al 30%. En Perú es menor y alcanza al 13,6%, mientras que es más alto entre los hogares que carecen de cobertura médica, del 25,4%.

No hay duda de que Argentina es un caso particular. Si bien en promedio las familias tienen un elevado gasto de bolsillo en salud —que en promedio es un 16% de su capacidad de pago—, más de la mitad de los hogares no declara gastos de bolsillo (véase el cuadro V.2).

Las razones que subyacen tras la ausencia de gastos en salud no pueden determinarse a priori. Supuestamente, el factor “restricción” podría ser menor en los países que cuentan con sistemas públicos de salud o con seguros solidarios (Argentina, Uruguay, México, por ejemplo)¹⁰ y los hogares con gasto cero no incurrirían en gastos de bolsillo por las razones positivas ya mencionadas. A este respecto se advierte que, en tres países con información sobre seguros médicos,¹¹ la proporción de hogares con gasto cero es relativamente más alta entre quienes carecen de cobertura médica. Así, en Argentina el 62,7% de los hogares sin cobertura tiene gasto cero, mientras que en los hogares con cobertura completa es del 45,3%. En Brasil y Uruguay esta proporción también es mayor en el grupo sin ningún tipo de seguro.

En Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, México, Perú, República Dominicana y Uruguay, la proporción de hogares con gasto de salud cero es sustancialmente mayor en los de bajos ingresos (véase el cuadro V.4). Además, una elevada proporción que no declara gastos de bolsillo en salud se concentra en los primeros quintiles de ingreso (véase el cuadro V.4). Esto se explica por dos razones: por un lado, en todos los países la población de menores recursos tiene cierta cobertura de los seguros sociales de salud, que usualmente no exigen copagos, o bien acceso a cierta atención primaria sin costo. Por el otro, es posible que los hogares de menores recursos enfrenten serios problemas para pagar servicios de salud, por mucho que los requieran, ya que precisamente la “pobreza” es también relativamente alta entre los hogares que no declaran gastos de salud (véase el cuadro V.2). Luego, mientras que el gasto catastrófico se asocia más con gastos de bolsillo altos que con escasa capacidad de pago, la restricción de quienes tienen escasa capacidad de pago se expresa fundamentalmente como incapacidad para efectuar gastos de bolsillo en salud, aun cuando no estén asegurados.

Cuadro V.4
AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): PROPORCIÓN DE HOGARES QUE DECLARA GASTO DE BOLSILLO EN SALUD CERO, POR QUINTILES DE INGRESO PER CÁPITA
(En porcentajes)

	Argentina	Bolivia	Brasil	Chile	Colombia	Ecuador	Honduras	México	Nicaragua	Perú	República Dominicana	Uruguay
Porcentaje de hogares que declaran gasto de bolsillo cero												
Quintil I	66	50	30	49	19	8	18	28	20	20	60	44
Quintil II	52	51	22	42	17	5	19	25	28	15	48	34
Quintil III	49	45	20	36	18	5	20	22	20	11	47	23
Quintil IV	44	37	15	33	16	5	22	23	24	10	42	19
Quintil V	39	37	12	23	15	6	24	19	24	12	39	15
Distribución de los hogares que declaran gasto cero, según quintiles												
Quintil I	26	23	30	27	23	29	18	24	18	30	26	33
Quintil II	21	23	22	23	20	17	19	21	24	22	20	25
Quintil III	20	20	20	20	21	18	20	19	17	16	20	17
Quintil IV	18	17	16	18	19	17	21	20	21	14	18	14
Quintil V	16	17	12	13	17	19	23	16	21	18	17	11

Fuente: M. Peticara, “Incidencia de los gastos de bolsillo en salud de siete países latinoamericanos”, *serie Políticas sociales* N° 141 (LC/L.2879-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2008, en prensa y “Un análisis descriptivo de gastos de bolsillo en salud en Bolivia, Honduras, Nicaragua, Perú y República Dominicana”, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2008, inédito.

¹⁰ Véase Peticara (2008a), anexo I.

¹¹ Las excepciones son Ecuador y México.

Ahora bien, la situación es distinta en Honduras, donde la proporción de hogares con gasto cero crece en los quintiles más altos y en Nicaragua, donde el segundo quintil y los dos más ricos presentan proporciones mayores de hogares con gasto cero.

5. VARIABLES EXPLICATIVAS DE LA DIVERSA INCIDENCIA DE LOS GASTOS DE BOLSILLO EN SALUD¹²

Tras la exposición anterior, el siguiente análisis econométrico vincula la distribución del gasto de bolsillo en salud o la magnitud de la carga de este gasto en Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, México y Uruguay con variables tales como la edad del jefe de hogar, su nivel educativo, la cobertura de salud del hogar, el área geográfica, el nivel de ingreso, la condición de actividad del jefe de hogar y la presencia de niños menores y adultos mayores.

En cinco de los siete países —las excepciones son Chile y Uruguay— la carga del gasto de bolsillo se reduce con el nivel de ingreso. El efecto ingreso negativo es cuantitativamente más importante en Argentina, Brasil y Colombia y de menor magnitud en México, mientras que es muy bajo en Ecuador. En Uruguay, inicialmente la carga crece con el nivel de ingreso —en los hogares del segundo decil es un 10% más alta que en los del primer decil—, pero permanece relativamente constante hasta el quinto decil y comienza a caer en los deciles superiores: en el decil más rico, es un 25% más baja que en el decil más pobre. En Chile, la carga del gasto de bolsillo crece con el nivel de ingreso hasta el octavo decil y luego cae para el decil más rico (véase el gráfico V.6).

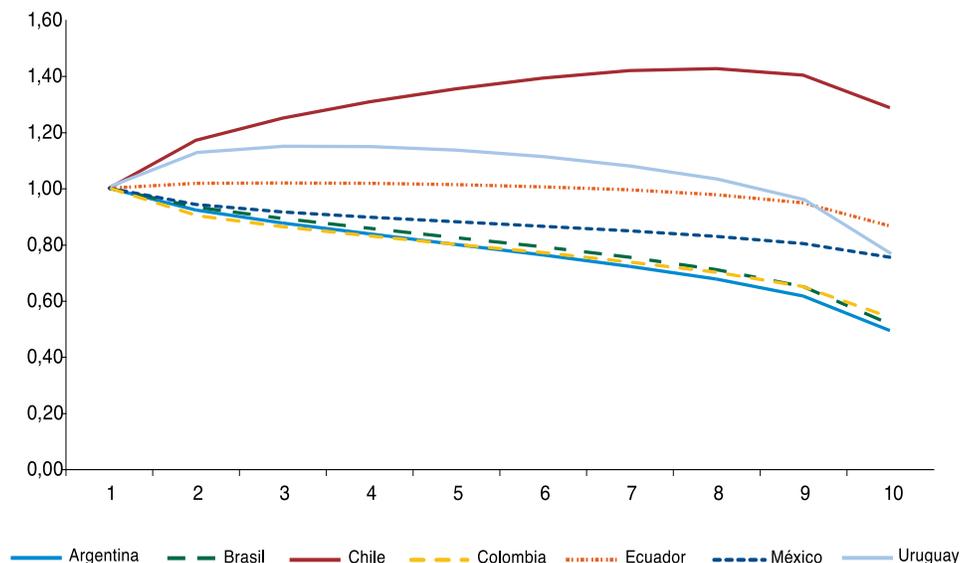
Por su parte, la estructura etaria del hogar influye en la incidencia del gasto de bolsillo (Peticara, 2008a). En Chile y México, los niños menores de 5 años originan cargas claramente superiores (14% y 17%, respectivamente). Por el contrario, los hogares argentinos con niños pequeños tienen una carga de gasto de bolsillo un 9% menor, en lo que podría influir el hecho de que la mayoría de las obras sociales tienen planes materno-infantiles con copagos preferenciales o inclusive sin copagos para prestaciones habituales y medicamentos para las embarazadas y los niños pequeños.

En todos los países, las personas mayores de 65 años generan más gastos de bolsillo. En las familias de Argentina, Brasil, Chile, Ecuador y Uruguay en que hay al menos un adulto mayor que no sea el jefe de hogar, la carga de esta clase de gastos supera de un 45% a un 55% el de aquellas sin adultos mayores. En Colombia y México, la carga de los hogares con adultos mayores es un 30% mayor. Si el adulto mayor es además jefe de hogar, en Argentina, Brasil, Chile, Ecuador y México la carga es incluso mayor: la incidencia de los gastos de bolsillo en los hogares cuyo jefe tiene más de 65 años es incluso mayor, del 45% al 60%, que cuando los adultos mayores no son jefes de hogar. En otras palabras, los hogares cuyos jefes son mayores de 65 años tienen una elevada carga por concepto de gastos de bolsillo en salud. Los países en que esta es sustancialmente mayor son Argentina, Chile y Ecuador (80%), seguidos de Brasil y México (60%).

¹² Por las razones expuestas al inicio, solo siete países fueron objeto de este análisis realizado con modelos econométricos lineales con control de selección y regresiones de cuantiles que se explicitan en el anexo III de Peticara (2008a). Los resultados no deben interpretarse de manera causal, ya que algunas de las variables explicativas consideradas son potencialmente endógenas. Si bien los modelos econométricos usados carecen de un modelo teórico que defina previamente las variables explicativas por incluir, aquellas consideradas concuerdan con las sugerencias encontradas en estudios conexos (Prah Ruger y Kim, 2007; Xu, 2005; Xu y otros, 2003a; Xu y otros, 2003b). La totalidad del análisis proviene de Peticara (2008a) y se remite a ese trabajo para mayores detalles.

Gráfico V.6
**AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): CARGA DE GASTOS DE BOLSILLO EN SALUD
 POR NIVELES DE INGRESO**

(Predicciones del modelo lineal, por deciles del ingreso per cápita de las familias, primer decil=1)



Fuente: M. Peticara, “Incidencia de los gastos de bolsillo en salud de siete países latinoamericanos”, *serie Políticas sociales* N° 141 (LC/L.2879-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2008, en prensa y “Un análisis descriptivo de gastos de bolsillo en salud en Bolivia, Honduras, Nicaragua, Perú y República Dominicana”, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2008, inédito, sobre la base de encuestas de ingresos y gastos de los países seleccionados.

Nota: Ver períodos de realización de las encuestas en el cuadro V.1.

Los gastos catastróficos por su parte están claramente relacionados con episodios de hospitalización. Sus efectos permiten clasificar a los siete países en tres grupos. Por un lado, están Chile y México: cuando los hogares enfrentan una hospitalización, la carga de gastos de bolsillo en salud puede aumentar entre 5 y 7 veces, respectivamente. En el centro se ubican Argentina, Brasil, Colombia y Ecuador, donde el gasto se duplica o triplica. Finalmente, en Uruguay aumenta apenas un 28%. En Brasil y México, cuando se tiene en cuenta la zona urbana o rural de residencia, en esta última la carga es del 20% al 30% más elevada.

En cuanto al aseguramiento, la carga de los gastos de bolsillo de los hogares argentinos en los cuales solo algunos miembros tienen seguro médico, es un 15% menor que la de aquellos sin cobertura. En México, tener algún tipo de cobertura médica reduce sustancialmente los gastos: el gasto de las familias en que todos o algunos de sus miembros tienen seguro médico es un 25% o un 10% inferior que la de aquellas que carecen de tal seguro. En los hogares chilenos y colombianos que tienen seguro es menor.¹³ En Brasil, en cambio, los hogares asegurados tienen una carga de un 14% mayor. En los demás países esta variable tiene coeficientes negativos, que no son estadísticamente significativos.

Finalmente, en los hogares cuyo jefe carece de empleo, la carga es claramente superior: del 35% en Argentina y del 15% al 20% en Brasil, Chile, México y Uruguay. En cuanto a los factores que inciden en la probabilidad de que un hogar tenga gastos de bolsillo (véase Peticara, 2008a, cuadro A.6), a mayor ingreso, mayor la probabilidad de desembolsos, incluso teniendo en cuenta el costo de la cobertura médica.

¹³ Cabe recordar, como se explicó en el acápite 1, que el gasto de bolsillo en cobertura médica no es parte del gasto de bolsillo en salud, sino que es un gasto en salud de carácter indirecto.

La mayor elasticidad respecto del ingreso se da en Uruguay, donde un aumento del 1% del ingreso se asocia a un aumento de 14 puntos en la probabilidad de tener gastos, mientras que en Ecuador esta variable no tiene un efecto estadísticamente significativo.

En Argentina, Brasil y Ecuador, los hogares que tienen algún tipo de seguro médico de cobertura parcial tienen mayores probabilidades de tener gastos de bolsillo en salud. Los efectos marginales van del 5% y el 3,6% en Argentina y Ecuador, respectivamente, al 12% en Brasil. Los hogares argentinos cuyos miembros están todos asegurados también tienen mayores gastos que aquellos sin ningún tipo de seguro; en cambio, los gastos de los hogares mexicanos que se encuentran en esta situación son un 20% más bajos que los de aquellos que carecen de seguro. En todos los países, excepto México, los hogares sin cobertura médica no parecen tener mayores probabilidades de tener gastos de bolsillo.

6. LA DESIGUAL DISTRIBUCIÓN DEL GASTO DE BOLSILLO EN SALUD

Las distintas características de los hogares dan lugar a distribuciones diferentes de la carga de gastos de bolsillo, que se analizan de acuerdo con siete variables: ingreso, edad del jefe de hogar, presencia de niños pequeños, presencia de adultos mayores, zona de residencia, condición de actividad del jefe de hogar y existencia de eventos hospitalarios.

Independientemente de las características de los hogares, la mayor incidencia del gasto de bolsillo se registra en Argentina. En todos los países, tres características elevan en forma sustancial la carga de gastos de bolsillo: jefe mayor de 65 años, eventos hospitalarios y presencia de un adulto mayor. Cuando el adulto mayor no es jefe de hogar la incidencia en el gasto es menor que cuando el adulto mayor es el jefe de hogar, ya que posiblemente la razón entre el gasto de bolsillo y la capacidad de pago es aún más alta en el segundo caso, ya que merma la capacidad de generación de ingreso y al mismo tiempo aumentan los gastos de bolsillo en salud.

Las hospitalizaciones originan razones particularmente elevadas entre los gastos y la capacidad de pago en Argentina, Chile y México: los gastos pueden ser entre 2 y 12 veces más altos que los de hogares no afectados por este tipo de situaciones.

La inequidad de la carga es particularmente elevada en Chile (véase Peticara 2008a, cuadro A.15). Por ejemplo, la razón gasto a capacidad de pago del 5% de los hogares más vulnerables (percentil 95) es 200 veces más alta que en el 5% de los más ricos (percentil 5). En México, la relación es de 127 a 1, mientras que en Colombia es 114 a 1. En Uruguay, la incidencia del gasto de bolsillo es menor, inclusive para los hogares que enfrentan casos de hospitalización y la dispersión de la carga también es muy baja (véase el gráfico V.7).

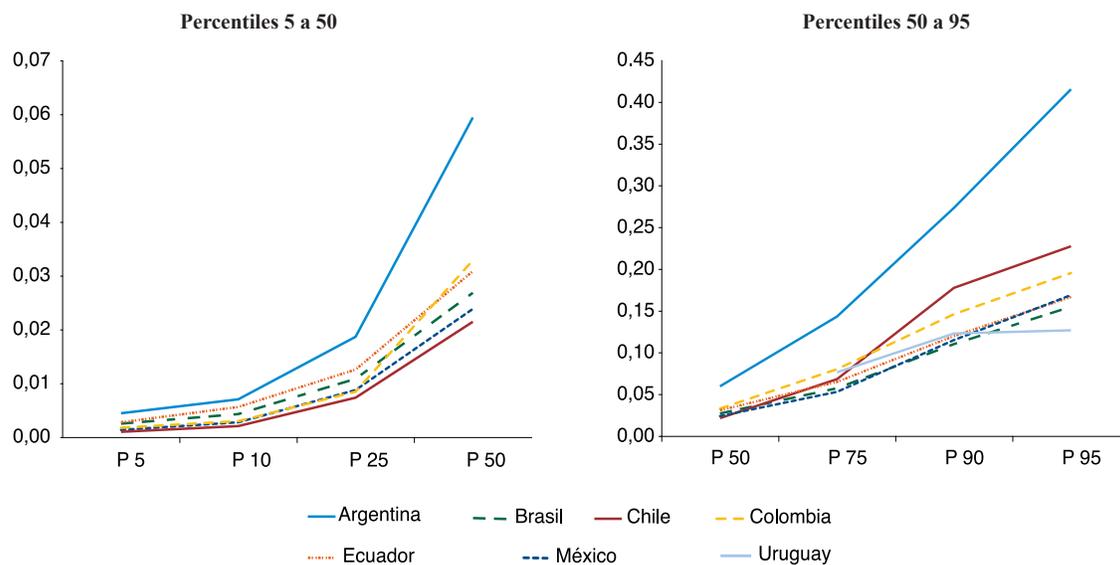
De acuerdo con el modelo lineal, la presencia de niños pequeños aumentaba la incidencia del gasto medio. El análisis por percentiles revela que, en promedio, los hogares con niños pequeños gastan más en relación con su capacidad de pago por concepto de servicios ambulatorios, consultas médicas y medicamentos de bajo costo, pero no necesariamente enfrentan eventos catastróficos.

Por zona de residencia, la carga media de los hogares rurales era superior en México y Brasil. En Brasil, la zona geográfica tiene un impacto ligeramente más importante en los primeros percentiles, del 5% al 10%. En México, por el contrario, la diferencia entre hogares rurales y urbanos aumenta en los percentiles superiores y llega al 30% en el percentil 90-95 (Peticara, 2008a).¹⁴

¹⁴ Se le atribuye una significación creciente a los gastos en salud que realizan los hogares y se ha recomendado que las mediciones de pobreza en la región presten atención a esta variable, al grado de proponer correcciones a las medidas estándares de pobreza en dos sentidos: a) sustraer del ingreso total del hogar los gastos de bolsillo en salud, para reflejar mejor el ingreso disponible para gastar en el ítem “alimentos y demás necesidades”; b) introducir como “gasto necesario” un cierto nivel mínimo de gastos en salud que se agregue a la canasta no alimentaria (Expert Group on Poverty Statistics, 2006, pp. 67-73).

Gráfico V.7
AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): PERCENTILES DE LA CARGA DE GASTOS DE BOLSILLO

(Predicciones para la categoría base, regresiones por quintiles, en porcentajes)



Fuente: M. Peticara, "Incidencia de los gastos de bolsillo en salud en siete países latinoamericanos", *serie Políticas sociales*, N° 141 (LC/L.2879-P), Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2008, en prensa y "Un análisis descriptivo de gastos de bolsillo en salud en Bolivia, Honduras, Nicaragua, Perú y República Dominicana", Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2008, inédito, sobre la base de encuestas de ingresos y gastos de los países seleccionados.

Nota: Ver los períodos de realización de las encuestas en el cuadro V.1. La categoría base son hogares sin ningún tipo de cobertura médica (cuando la información está disponible), en que los jefes de hogar son menores de 30 años, carecen de educación y ocupados, en zonas urbanas, sin niños menores de 5 años, sin adultos mayores, con ingresos medios, que no experimentan situaciones de hospitalización y en que el hogar no incurre en gastos por seguros médicos.

CAPÍTULO VI

EL FINANCIAMIENTO DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO RELATIVOS A SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Como marco financiero global condicionante de los avances hacia los objetivos de desarrollo del Milenio en salud,¹ en este capítulo se analizan en primer lugar las tendencias generales del gasto público social en salud en la región de carácter no contributivo, considerando sus avances y restricciones, que de manera aproximativa denotan la dotación de recursos de que ha dispuesto el sector salud en los niveles del Estado considerados y la prioridad relativa que se le ha atribuido. Las tendencias regionales tienen un carácter ilustrativo, ya que las de los países difieren y reflejan volúmenes y niveles de gobierno distintos y no necesariamente comparables. Como la población pobre depende muchas veces de prestaciones del sector público como única fuente de cobertura, es pertinente analizar el gasto público en salud de carácter no contributivo.

Para nutrir las propuestas del presente informe, en segundo término se estudian los recursos que serían necesarios para efectuar un espectro de intervenciones sanitarias preventivas y curativas que permitan cumplir con algunos de los objetivos del Milenio en salud en América Latina y el Caribe. Los resultados se obtuvieron a partir de un modelo de proyección de costos, cuyo cálculo detallado abarca un conjunto de 10 países de la región, cada uno de los cuales presenta muy dispares indicadores de salud y progresos en el tiempo. Además, a partir de ellos se realiza un ejercicio de extrapolación para la región.

1. TENDENCIAS DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD

Debido a las altas tasas de desempleo y a la magnitud del sector informal, los mercados laborales de la región no han podido transformarse en una puerta de entrada universal y dinámica a la protección social (OIT, 2005), con lo cual el empleo y la protección social centrados exclusivamente en sistemas contributivos han perdido capacidad de integración social y de resguardo contra riesgos. La situación es particularmente compleja en los sectores rural e informal de las economías, pero los empleos urbanos formales y de alta productividad tampoco tienen plenamente garantizada una protección social por la vía contributiva. Además, dada la falta de políticas públicas relacionadas con las necesidades de cuidado de la sociedad, el sistema sexo-género que tiende a delegar en la mujer las labores de cuidado doméstico no remunerado (de niños, personas mayores y enfermos) dificulta la inserción laboral de las mujeres, haciéndolas muchas veces dependientes de sus cónyuges para tener acceso a servicios de protección social de tipo contributivo. De ahí que la solidaridad de la protección social deba encararse de manera integral, es decir, tanto dentro como fuera del mercado laboral, y requiera para materializarse de mecanismos adicionales (CEPAL, 2006 y 2007a).

Por su parte, la política tributaria puede influir de dos maneras en la distribución de los ingresos de un país. Ante todo, el gasto público en capital humano puede mejorar la distribución primaria del ingreso,

¹ Véase un detalle de las fuentes y de los niveles de gobierno considerados para analizar el gasto social en salud en los cuadros del anexo estadístico de este capítulo y en CEPAL (2007a), cap. II. Las cifras, debido a su agregación, no abarcan recursos de programas relacionados con los ODM que se ejecuten en otros niveles de gobierno no indicados. Nótese además que la información oficial sobre gasto social por funciones incluye la que es primaria de cada organismo, motivo por el cual los gastos en salud efectuados a través de programas dependientes de las instituciones de seguridad social generalmente no quedan contabilizados en la función de salud.

es decir, la que proviene del mercado de trabajo sin descontar impuestos y transferencias. En segundo lugar, los impuestos progresivos pueden modificar la distribución secundaria del ingreso, sobre todo mediante los impuestos que gravan la renta y el patrimonio. Considerando que por lo general tanto el nivel de la carga impositiva como la composición de los principales recursos tributarios tienen efectos distributivos, destaca en la región que —con la excepción de Brasil— (Serra y Afonso, 2007) la carga tributaria es baja y que el impuesto a la renta de las personas ha tenido un papel limitado; en claro contraste con los esfuerzos realizados para fortalecer el impuesto al valor agregado (IVA), los impuestos a la renta en general y a la renta personal en particular se han debilitado (Gómez Sabaini, 2006).

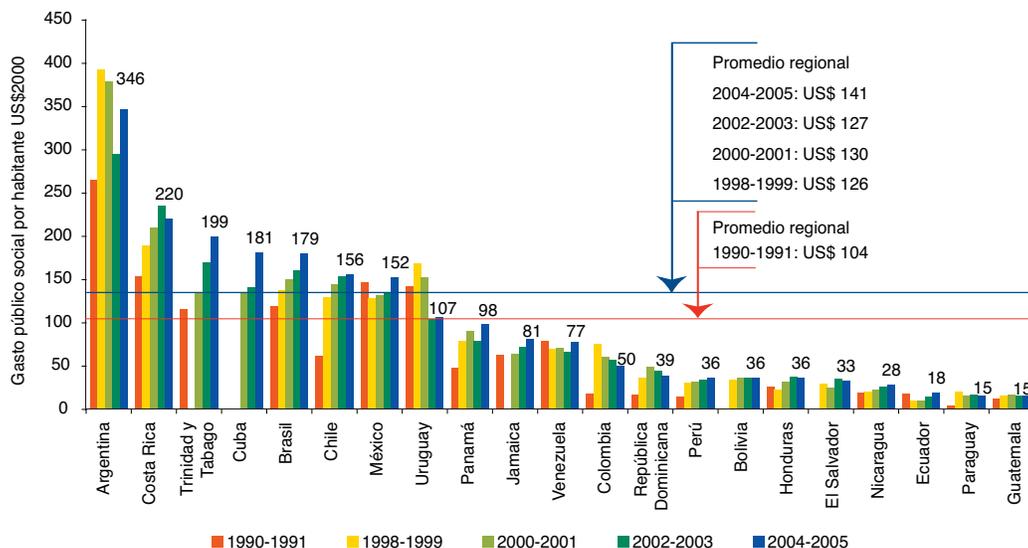
Evidentemente, el gasto público social en salud no escapa a las restricciones en materia tributaria. Sin embargo, los esfuerzos de los países de la región por incrementarlo se han traducido en un aumento relativamente sostenido; desde 1990 se ha elevado un poco más de un tercio, al pasar de 104 a 141 dólares per cápita de 2000 (véase el gráfico VI.1).

Pero el nivel y la evolución de este rubro difieren significativamente de un país a otro. En los años 2004 y 2005 siete países —algunos de ellos de peso, como Argentina, Brasil y México— se situaban sobre la media regional. Por otro lado, en algunos casos los presupuestos de salud pública aumentaron de manera excepcional, duplicándose e incluso triplicándose en 15 años (Chile, Colombia, Panamá, Paraguay, Perú y República Dominicana).² Se observan cambios en la forma de ejecución del gasto que podrían relacionarse con procesos de descentralización. En este período, en Ecuador, México, Uruguay y República Bolivariana de Venezuela, el presupuesto del gobierno central en esta materia se redujo o se mantuvo estacionario.

En cuanto a la prioridad macroeconómica de estos gastos, considerando su relación con la evolución del producto interno bruto en un contexto de crecimiento económico bajo pero sostenido, a escala regional puede apreciarse que no se han realizado esfuerzos suficientes por incrementar el gasto en salud. En los períodos 1990-1991 y 2004-2005, ocho de 21 países incrementaron muy levemente este gasto como porcentaje del PIB, o incluso lo disminuyeron: Argentina, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, México, República Bolivariana de Venezuela, Trinidad y Tabago y Uruguay (véase el gráfico VI.2).

² Con la excepción de Colombia, se refiere al gobierno central o al gobierno central presupuestario.

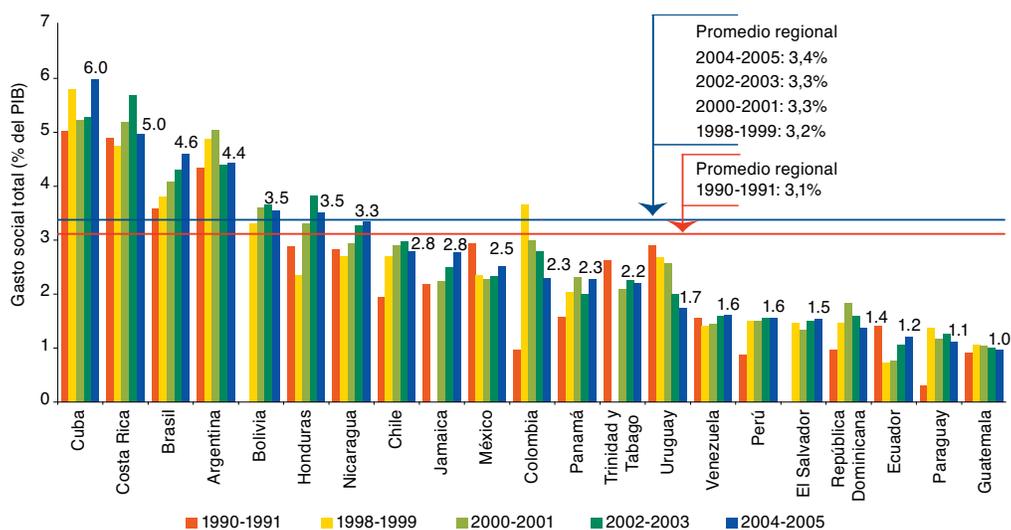
Gráfico VI.1
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (21 PAÍSES): GASTO PÚBLICO PER CÁPITA EN SALUD, 1990-1991 A 2004-2005
(En dólares de 2000)^a



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de cifras de la base de datos sobre gasto social de la Comisión.

^a Debido a cambios en el año base del PIB (1997), solo desde 2000 se dispone de información en dólares. El promedio regional no considera a Cuba.

Gráfico VI.2
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (21 PAÍSES): GASTO PÚBLICO EN SALUD COMO PORCENTAJE DEL PIB, 1990-1991 A 2004-2005

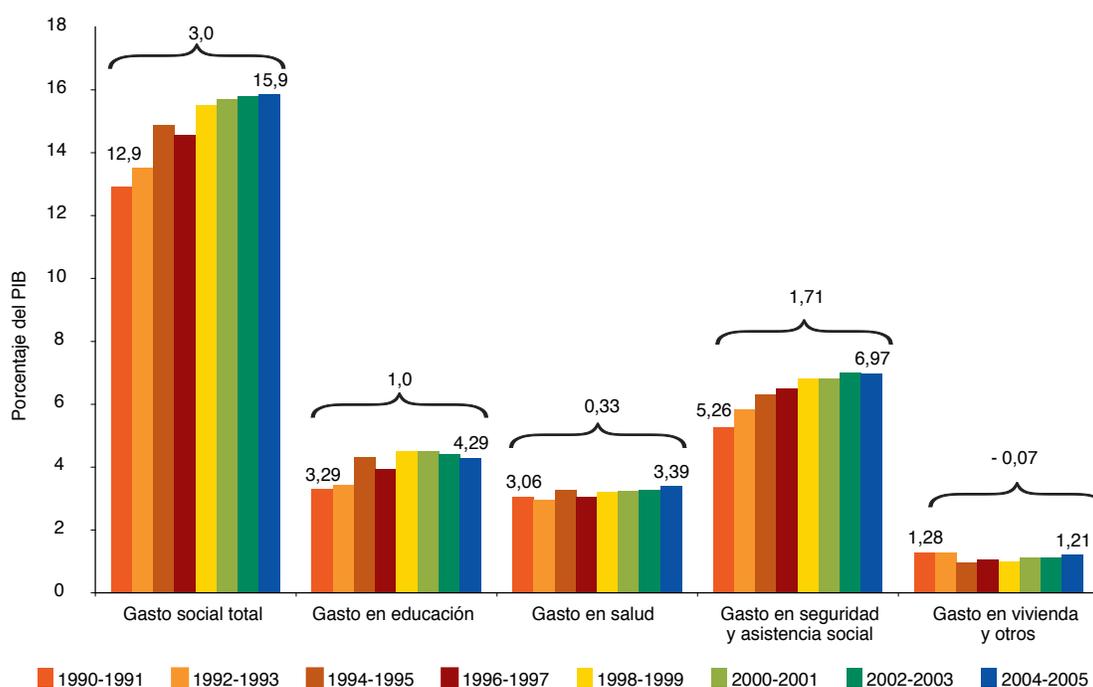


Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de cifras de la base de datos sobre gasto social de la Comisión.

Si bien el gasto público social en la región experimentó un alza importante, al pasar del 12,9% al 15,9% del PIB entre 1990-1991 y 2004-2005, el crecimiento relativo del sector salud tuvo menos ímpetu, ya que solo se incrementó un 0,3% del PIB regional (véase el gráfico VI.3).

Lo anterior indica la menor prioridad fiscal atribuida al gasto público en salud respecto de otros sectores sociales tales como la educación, la asistencia social y, especialmente de la seguridad social (véase el gráfico VI.3). En una década y media, medido como porcentaje del gasto público total de los países de la región, este rubro se incrementó moderadamente, pasando del 11,1% al 13,0% del presupuesto total. Sin embargo, su peso dentro de los sectores sociales experimentó alguna merma, ya que de representar el 23,7% del gasto público social en 2004-2005 se redujo al 21,4% a comienzos de 1990.

Gráfico VI.3
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (21 PAÍSES):^a EVOLUCIÓN DEL GASTO PÚBLICO SOCIAL COMO PORCENTAJE DE PIB POR SECTORES, 1990-1991 A 2004-2005
(En porcentajes)

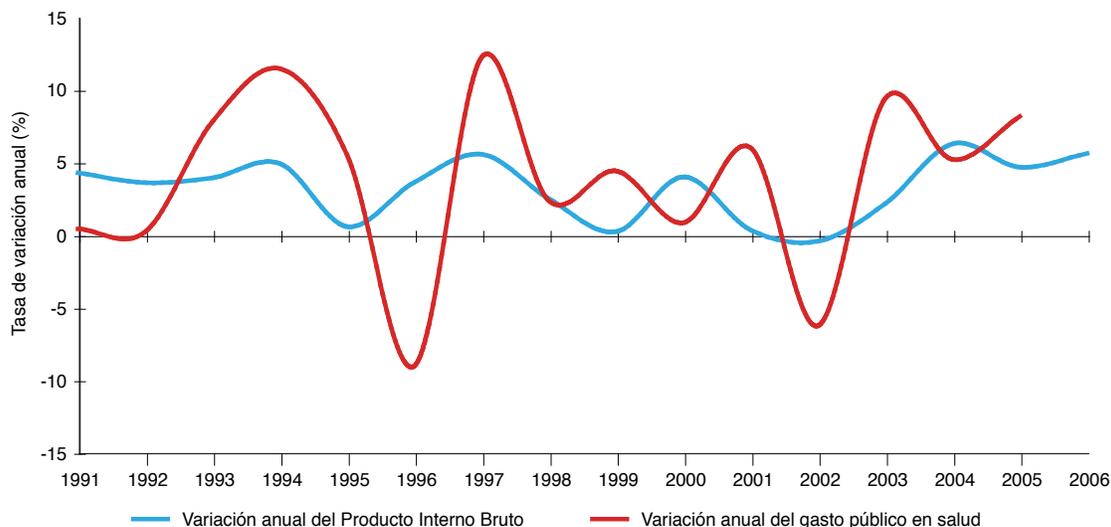


Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de la base de datos sobre gasto social de la Comisión.

^a Promedio ponderado de los países.

No sorprende, por tanto, que el gasto en salud de los niveles de gobierno considerados tenga un comportamiento altamente procíclico. En los períodos 1994-1998 y 2001-2003, cuando en algunos países se produjeron crisis económicas, fue muy sensible a ellas. Como puede apreciarse, la influencia del ciclo económico se da con cierto rezago. Generalmente los ajustes se realizan al año siguiente: más que provocar grandes ajustes en la actual ejecución del gasto, parecen afectar más al subsiguiente presupuesto público anual de salud (véase el gráfico VI.4).

Gráfico VI.4
**AMÉRICA LATINA (20 PAÍSES): VARIACIÓN ANUAL DEL PRODUCTO INTERNO BRUTO
 Y DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD, 1991-2006**
(En porcentajes)

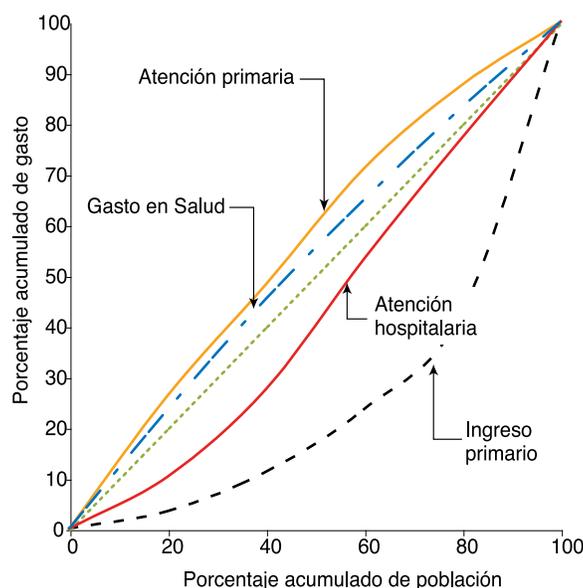


Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de la base de datos sobre gasto social de la Comisión.

De acuerdo con los hallazgos de estudios nacionales, en los países que destinan mayores recursos del gasto público a salud, también se han favorecido los sectores más pobres de la población. Este gasto es levemente progresivo, es decir, respecto del ingreso primario del mercado laboral favorece a los sectores de menores ingresos. Los sectores de menores recursos se benefician en mayor medida de la atención primaria y ambulatoria, lo cual indica una mayor cobertura y el acceso muchas veces gratuito a este tipo de servicios. En cambio, la atención hospitalaria es más regresiva, pues son los sectores de mayores recursos quienes usan más estos servicios; los mayores costos de infraestructura, equipamiento y personal especializado que requieren influyen para que estén localizados de preferencia en zonas de mayor concentración poblacional, o para que en algunos países las prestaciones dependan de copagos (véase el gráfico VI.5).

Esto limita fuertemente el acceso oportuno a estos servicios de la población más pobre y apartada de los principales centros urbanos y, por tanto, impide avanzar en la mejoría de las condiciones mínimas de salud de la población latinoamericana y caribeña que contemplan los objetivos del Milenio. Avanzar hacia estos hace indispensable tanto un mayor volumen de recursos como mayores esfuerzos de inclusión de la población pobre. En el siguiente apartado se detallarán las medidas que habrá que adoptar para realizar algunas prestaciones de probada eficiencia que reduzcan la tasa de mortalidad en la niñez, mejoren la salud materna y combatan el paludismo y la tuberculosis.

Gráfico VI.5
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (16 PAÍSES): ^a DISTRIBUCIÓN DEL GASTO PÚBLICO
 EN SALUD Y DE LA ATENCIÓN PRIMARIA Y HOSPITALARIA ^b**
SEGÚN QUINTILES DE INGRESO PRIMARIO, 1997-2004
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de estudios nacionales. Ver cuadro del anexo A-VI.4.

^a Promedio ponderado por la significación del gasto en salud en el ingreso primario de cada país.

^b Promedio simple de cuatro países.

2. ESTIMACIÓN DE LOS COSTOS INVOLUCRADOS PARA ALCANZAR LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO SELECCIONADOS EN MATERIA DE SALUD EN LA REGIÓN

Hace algunos años la Comisión Mundial de la OMS sobre Macroeconomía y Salud realizó un esfuerzo de costeo de las metas del Milenio en salud a escala de un conjunto de 83 países en desarrollo (seis de ellos de la región de América Latina y el Caribe), a fin de estimar la envergadura del financiamiento adicional necesario para ampliar la cobertura y mejorar la calidad de un conjunto de prestaciones prioritarias requeridas para alcanzar los objetivos de desarrollo en esta materia (Sachs, 2001). De ahí que al abordar el tema ese estudio sea un punto de referencia importante. Además de la CMS, otros autores también han calculado los costos de alcanzar los ODM. Devarajan, Miller y Swanson (2002), por ejemplo, estimaron que el financiamiento adicional requerido para lograr los tres objetivos del Milenio de salud para 2002 oscilaba entre los 25.000 y los 30.000 millones de dólares anuales, cifra muy similar a la estimada por la CMS, de 22.000 millones de dólares para 2007, aunque ambos estudios utilizaron métodos diferentes.

Para nutrir las propuestas del presente informe se desarrolló un modelo de proyección de costos y logro de los objetivos del Milenio relacionados con la salud³ a partir del cual se calculó el financiamiento necesario para efectuar un conjunto de intervenciones sanitarias preventivas y curativas que deben permitir

³ El estudio será publicado próximamente por la CEPAL, como parte de la *serie Políticas sociales*.

cumplir con los objetivos señalados en América Latina y del Caribe, las que se seleccionaron de acuerdo con la evidencia acerca de sus efectos específicos (Bitrán, 2008).^{4,5}

Debido a la magnitud del esfuerzo y el acceso a la información, se analizan los siguientes objetivos de desarrollo del Milenio en salud, que comprenden acciones realizadas por el sector: reducir la tasa de mortalidad en la niñez, mejorar la salud materna y combatir el paludismo y la tuberculosis, de acuerdo con las intervenciones sectoriales en esta materia. Por tanto, no se calculan los costos de acciones en el ámbito de los factores determinantes de la salud que han sido analizados a lo largo del presente informe.

El análisis se realizó examinando el modelo y los resultados de la estimación de la Comisión Mundial de la OMS sobre Macroeconomía y Salud, y analizando detenidamente los estudios internacionales sobre la factibilidad de lograr los objetivos de desarrollo del Milenio en salud,^{6,7} entre los cuales se destaca el modelo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y del Banco Mundial denominado *Marginal Budgeting for Bottlenecks* (MBB).

Se seleccionaron 10 países de la región que presentan muy dispares indicadores de salud y progresos en el tiempo. En promedio son menos pobres que los seis que incluye el estudio de la Comisión Mundial de la OMS sobre Macroeconomía y Salud. Enumerados en orden ascendente según el PIB per cápita en dólares de 2006 son Haití, Bolivia, Honduras, Nicaragua, Ecuador, Jamaica, Guatemala, El Salvador, Perú y República Dominicana. El trabajo implicó obtener información sobre desarrollo económico y social, estado de salud, financiamiento de la salud, niveles de cobertura de intervenciones de salud vinculadas con los objetivos de desarrollo del Milenio, costo de esas intervenciones y cociente de efectividad en función del costo. Además, a partir de ellos se hizo un ejercicio de extrapolación para la región.

El modelo permite estimar los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD)⁸ que se pierden en los países por discapacidad, muerte o ambas.⁹ Con estos resultados y con datos sobre el cociente de efectividad en función del costo de cada una de las intervenciones sanitarias incorporadas se obtienen proyecciones de las intervenciones adicionales requeridas para alcanzar los objetivos de desarrollo del Milenio. A continuación, a partir de los datos sobre cobertura actual, población y costos unitarios se cuantifican las intervenciones requeridas para mantener solamente el aumento poblacional y se calcula la

⁴ Sobre la eficacia de las intervenciones, véase Escobar (2008).

⁵ Para estar en sintonía con el resto del informe, se excluyó la meta 7 del objetivo 6 (Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA), que es objeto de otro estudio de las Naciones Unidas que se presentará próximamente en la conferencia internacional respectiva que tendrá lugar en el curso del presente año.

⁶ Los principales fueron el modelo para el costo de las Metas del Milenio en Salud en Guatemala (Proyecto PHRplus); UNICEF/Banco Mundial, *Marginal Budgeting for Bottlenecks* (UNICEF/Banco Mundial, 2007a); *Child Health Cost Estimation Tool* de la OMS; *Reproductive Health Costing Model* del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA); *Integrated Health Care Technology Package* (IHTP) de la OMS y el Medical Research Council (MRC); *Strategies to Prevent Mother to Child Transmission of HIV (PMTCT)* y *HIV/AIDS Resource Allocation and the GOALS Model de Constella Group; Planning, Costing and Budgeting Framework* y CORE Plus de Management Sciences for Health; *Comprehensive multi-year planning* de la OMS; *Integrated Health Model* del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD); *Planning and Budgeting Tool for Tuberculosis Control, Resources Needs* y *Malaria Cost Estimation Tool* de la OMS. Muchos de ellos son modelos en Excel a que se tuvo acceso y que no necesariamente se vinculan con documentos; algunos de ellos tienen manuales. De ahí que no se disponga de referencias bibliográficas para todos. Para las referencias bibliográficas completas, véase Bitrán y otros (2008).

⁷ Próximamente se publicarán los resultados de un estudio comparativo de países de la región realizado con un modelo de equilibrio general computable sobre financiamiento de los objetivos en materia de salud, educación y saneamiento, que analiza las opciones de financiamiento de los objetivos en el ámbito fiscal, de ayuda externa y otras (Vos, Sánchez y Kaldewei, 2008). Este fue un proyecto conjunto del Banco Mundial, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (DESA). La Unidad de desarrollo social (UDS) de la sede subregional de la CEPAL en México y la sede de la CEPAL en Santiago participaron en algunos de los estudios nacionales, y la UDS apoyó la discusión metodológica. Hay otros cálculos de los costos para alcanzar los objetivos de desarrollo con modelos de equilibrio general, como los realizados para Perú por Castro y otros (2006) y por Yamada y Castro (2007), que analizan varios ODM, no solo los de salud e incorporan los efectos de las intervenciones realizadas en varios sectores sociales como los beneficios en salud de una mayor escolaridad.

⁸ El informe que se publicará en la *serie Políticas sociales* de la CEPAL incluirá un CD con el modelo y las cifras en que se basó.

⁹ El término es una traducción literal del acrónimo en inglés DALY (disability-adjusted life years), concepto ya clásico que originalmente fue acuñado por el Banco Mundial (1993).

cobertura resultante, incorporando la producción adicional de intervenciones requerida para alcanzar estos objetivos. El diagrama VI.1 presenta los parámetros de entrada y salida del modelo y describe las fórmulas empleadas entre los parámetros. Se estiman tanto separada como conjuntamente dos tipos de costos:

- los que deben sufragar los países para poder mantener los actuales niveles de cobertura de intervenciones relacionadas con los objetivos de desarrollo del Milenio, incluyendo la cobertura del crecimiento poblacional vegetativo;
- el costo adicional para aumentar dicha cobertura cuando sea necesario para poder lograr en 2015 los objetivos de desarrollo del Milenio mencionados.

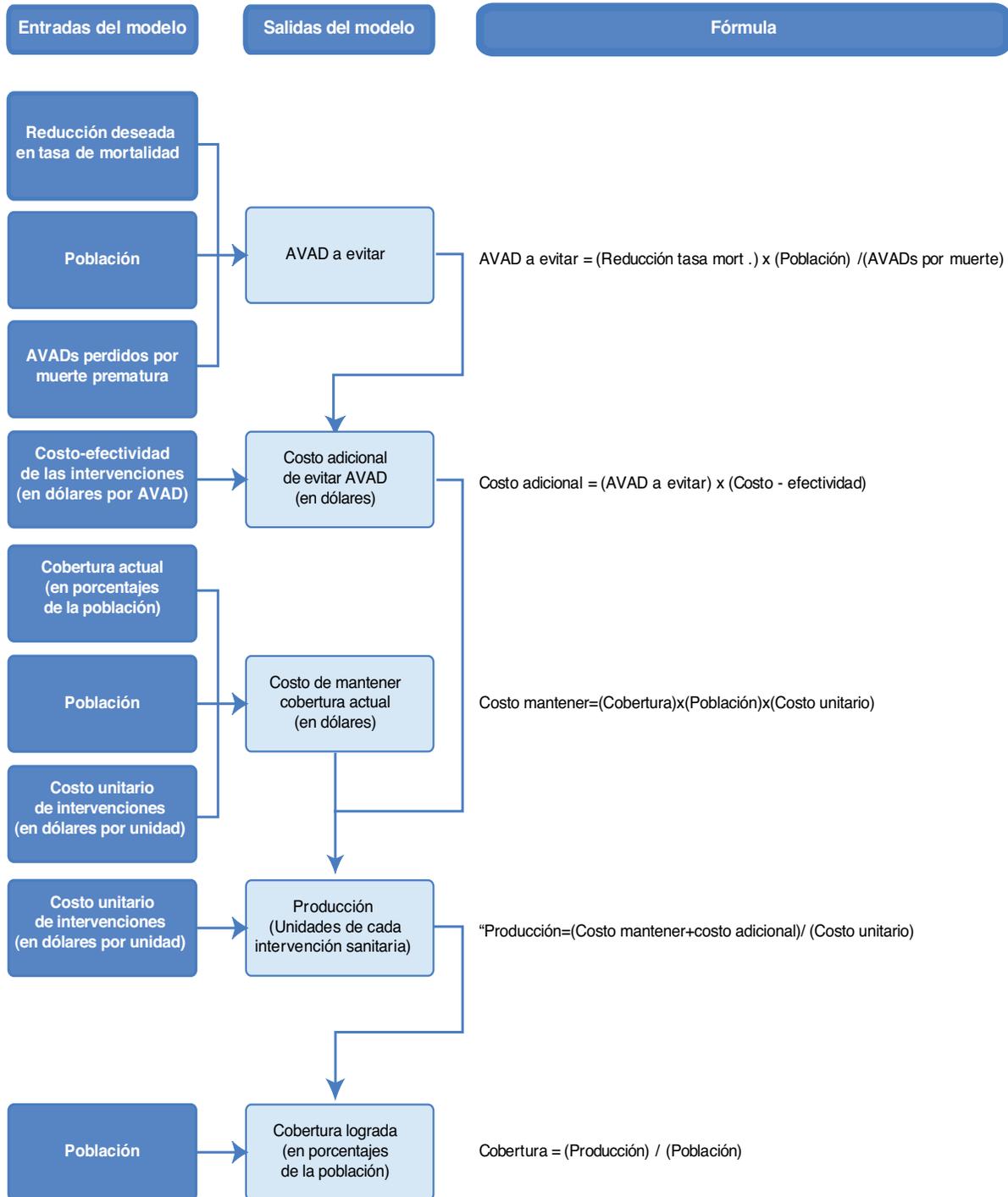
A manera de insumos se usan diversos parámetros que caracterizan la situación de cada país y que arrojan como resultado las estimaciones de costos para lograr tanto cada uno como el conjunto de los objetivos de desarrollo del Milenio en salud ya mencionados. Para hacer los cálculos en el tiempo se proyectan la evolución de la economía, el gasto en salud, el estado de salud y otras variables mediante la definición de parámetros tales como el crecimiento anual por habitante del producto interno bruto (PIB) usando el promedio histórico de los últimos 20 años en cada país, la tasa de crecimiento bruto y neto de la población (con datos del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL) y el gasto total en salud como proporción del PIB para el período considerado, que abarca de 2007 a 2015, considerando como año base el año 2006.¹⁰ En relación con los costos unitarios de las intervenciones en salud, se incorporan datos obtenidos de estudios de costos realizados en diversos países latinoamericanos. Para los cocientes de costo-efectividad se recurrió a las publicaciones sobre la materia, principalmente al estudio multinacional denominado “Prioridades para el control de enfermedades en países en desarrollo”.

Como lo indica el cuadro VI.1, el modelo se desagrega para cada objetivo de desarrollo del Milenio y para cada intervención sanitaria por país, y los resultados se extrapolan a la región. La extrapolación desde el promedio de los 10 países de la muestra hacia el conjunto de América Latina y el Caribe se hace a partir de los valores de costo per cápita. El gasto por habitante requerido por los países de la muestra se amplía a la población de la región para determinar el gasto que esta requiere para alcanzar sus objetivos de desarrollo del Milenio. La extrapolación se considera válida dada la diversidad de los países considerados en la muestra y considerando ciertos parámetros, por ejemplo, que el PIB per cápita de los países de la muestra es prácticamente el mismo que el de América Latina y el Caribe. Todos los valores monetarios del estudio se expresan en dólares de 2006.

¹⁰ El modelo supone que el porcentaje del PIB destinado a la salud por cada país en 2006 se mantiene constante en años futuros. Esto no limita los cálculos del gasto en salud, puesto que este se estima en forma independiente y luego se compara con el monto que resultaría si se aplicara al PIB el porcentaje antes mencionado.

Diagrama VI.1

DESCRIPCIÓN DEL MODELO DE PROYECCIÓN DE COSTOS Y LOGRO DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO EN SALUD PARA EL CASO DE LA REGIÓN Y SUS FÓRMULAS



Fuente: R. Bitrán y otros, “Estimación del costo de alcanzar los objetivos del Milenio en salud en América Latina y el Caribe”, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), marzo de 2008, inédito.

Finalmente, los resultados se compararon con las estimaciones realizadas previamente por la Comisión Mundial de la OMS sobre Macroeconomía y Salud. Ese cálculo se tomó como punto de referencia ya que, tras ajustes y pese a sus sensibles diferencias, tanto el método aplicado como las intervenciones utilizadas por la Comisión y por el presente modelo son comparables. No se comparó con Devarajan y otros (2002), cuyos resultados, como se mencionó, son semejantes a los de la CMS, debido a las dificultades de comparación con el de Devarajan y otros (2002), que presenta sus resultados de forma disímil para distintas regiones.¹¹

a) Resultados de la estimación

Tal como se indica, la mayor parte del gasto de los países es absorbida para mantener sus niveles actuales de cobertura de las diferentes intervenciones sanitarias. Solo una proporción relativamente menor se explica por el incremento de dicha cobertura a niveles que permitan alcanzar los objetivos del Milenio. El gasto para mantener la actual cobertura es creciente en el tiempo, dado el crecimiento poblacional vegetativo. El gasto total estimado de la región para mantener la cobertura actual de las intervenciones sanitarias utilizadas por el modelo es de 2.036 millones de dólares en 2007 y de 2.328 millones en 2015. El gasto adicional requerido para alcanzar los objetivos de desarrollo del Milenio, en un escenario en que se destinan los recursos adicionales de manera uniforme entre todas las intervenciones, es de 53 millones de dólares en 2007 y 1.277 millones en 2015 (véase el cuadro VI.1).¹² Los resultados obtenidos son coherentes y compatibles con los niveles de gasto que los países de la muestra destinan actualmente a las intervenciones seleccionadas y con el actual grado de avance en el cumplimiento de los objetivos de desarrollo del Milenio.

Cuadro VI.1
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (EXTRAPOLACIÓN): PRINCIPALES RESULTADOS DE PROYECCIÓN DE COSTOS DE INTERVENCIONES SELECCIONADAS DE SALUD PARA LOGRAR LOS OBJETIVOS SELECCIONADOS
(En millones de dólares de 2006)

	Año	
	2007	2015
Gasto para mantener cobertura actual	2 036	2 328
Gasto adicional para aumentar cobertura	53	1 277
Gasto total para alcanzar los objetivos del Milenio	2 089	3 605
Gasto per cápita América Latina y el Caribe (en dólares)	3,76	6,48

Fuente: R. Bitrán y otros, "Estimación del costo de alcanzar los objetivos del Milenio en salud en América Latina y el Caribe", Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), marzo de 2008, inédito.

Por su parte, el cuadro VI.2 describe el costo de alcanzar cada uno de los objetivos mencionados.

¹¹ La comparación no puede ser directa por las diferencias metodológicas de ambas estimaciones. Sobre los ajustes requeridos para la comparación, véase Bitrán y otros (2008). Véase los resultados de comparación en el cuadro A-VI-5.

¹² Todos los valores monetarios de este estudio están expresados en dólares del año 2006.

Cuadro VI.2
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (EXTRAPOLACIÓN): PROYECCIÓN DE COSTOS DE INTERVENCIONES SELECCIONADAS DE SALUD PARA LOGRAR OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO RELACIONADOS
(En millones de dólares de 2006)

	Año	
	2007	2015
Mortalidad materna	1 374	1 644
Mortalidad infantil	465	1 360
Tuberculosis	56	309
Paludismo	194	292
Total	2 089	3 605

Fuente: R. Bitrán y otros, “Estimación del costo de alcanzar los objetivos del Milenio en salud en América Latina y el Caribe”, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), marzo de 2008, inédito.

A continuación, el cuadro VI.3 detalla los resultados obtenidos por país, para el conjunto de países de la muestra y para la extrapolación a la región.

Cuadro VI.3
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (10 PAÍSES) Y EXTRAPOLACIÓN PARA LA REGIÓN: GASTO TOTAL REQUERIDO PARA AUMENTAR LA COBERTURA ACTUAL DE INTERVENCIONES DE SALUD SELECCIONADAS A UN NIVEL QUE PERMITA ALCANZAR LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO ELEGIDOS
(En millones de dólares de 2006)

Países	Año	
	2007	2015
Bolivia	41,05	62,77
Ecuador	49,29	76,85
El Salvador	21,54	33,57
Guatemala	50,11	128,38
Haití	25,39	71,85
Honduras	25,62	55,52
Jamaica	10,09	12,54
Nicaragua	28,80	46,98
Perú	97,69	127,13
República Dominicana	44,54	64,56
Total 10 países	394,14	680,16
Total América Latina y el Caribe	2 088,93	3 604,90
Per cápita América Latina y el Caribe (en dólares)	3,76	6,48

Fuente: R. Bitrán y otros, “Estimación del costo de alcanzar los objetivos del Milenio en salud en América Latina y el Caribe”, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), marzo de 2008, inédito.

A) ANEXO ESTADÍSTICO

Cuadro A-VI.1
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (21 PAÍSES): GASTO PÚBLICO SOCIAL COMO PORCENTAJE
 DEL PRODUCTO INTERNO BRUTO**
(En porcentajes)

País	Período							
	1990-1991	1992-1993	1994-1995	1996-1997	1998-1999	2000-2001	2002-2003	2004-2005
Argentina	19,3	20,1	21,1	19,9	20,9	21,8	19,5	19,4
Bolivia ^a	...	...	12,4	14,6	16,2	18,0	19,4	18,6
Brasil	18,1	17,6	20,4	19,4	21,6	21,1	21,8	22,0
Chile	12,7	12,8	12,4	12,8	14,2	15,1	14,7	13,1
Colombia	6,6	7,9	11,5	15,2	13,7	13,2	13,7	13,4
Costa Rica	15,6	15,2	15,8	16,8	16,4	18,0	18,6	17,5
Cuba	27,6	32,8	28,5	25,0	24,3	22,2	24,7	28,7
Ecuador	7,4	8,0	6,1	5,6	4,9	4,9	5,5	6,3
El Salvador ^b	...	4,1	4,8	5,2	5,4	6,1	5,6	0,0
Guatemala	3,3	4,1	4,1	4,3	5,9	6,1	6,5	6,3
Honduras	7,5	7,6	6,6	6,6	7,4	10,0	11,3	11,6
Jamaica ^c	8,4	8,0	8,2	9,0	...	9,5	9,5	9,9
México	6,5	8,1	8,9	8,5	9,2	9,7	10,2	10,2
Nicaragua	6,6	6,5	7,2	6,5	7,6	8,1	9,3	10,8
Panamá	7,5	9,3	8,3	8,8	9,7	9,5	8,3	8,0
Paraguay	3,2	6,6	7,8	8,7	9,1	8,0	9,1	7,9
Perú ^d	3,9	5,1	6,5	6,9	7,4	8,3	9,5	8,9
República Dominicana	4,3	5,9	6,7	6,9	7,1	7,7	7,6	7,1
Trinidad y Tabago ^e	6,9	7,3	6,6	6,4	...	9,1	9,7	9,4
Uruguay	16,8	18,9	20,2	21,3	22,0	22,2	20,8	17,7
Venezuela, Rep. Bol. de	8,8	9,2	7,8	8,6	8,8	11,6	11,7	11,7
América Latina y el Caribe ^f	9,7	10,8	11,1	11,3	11,8	12,4	12,7	12,6
América Latina y el Caribe ^g	12,9	13,5	14,9	14,6	15,5	15,7	15,8	15,9

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de información de la base de datos sobre gasto social de la Comisión.

^a La cifra informada para el bienio 1994-1995 corresponde al año 1995.

^b La cifra informada para el bienio 1992-1993 corresponde al año 1993.

^c Las cifras informadas para el bienio 1996-1997 corresponden al año 1996; las de 2004-2005, a 2004.

^d Las cifras anteriores a 2000 corresponden al gobierno central presupuestario.

^e La cifra informada para el bienio 1996-1997 corresponde al año 1996.

^f Promedio simple de los países. Incluye estimaciones en años y países donde falta información.

^g Promedio ponderado de los países. Incluye estimaciones en años y países donde falta información.

Cuadro A-VI.2
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (21 PAÍSES): GASTO PÚBLICO SOCIAL PER CÁPITA EN SALUD
(En dólares de 2000)

País	Período							
	1990-1991	1992-1993	1994-1995	1996-1997	1998-1999	2000-2001	2002-2003	2004-2005
Argentina	264	321	363	356	393	378	295	347
Bolivia ^a	...	...	30	33	33	36	37	36
Brasil	119	87	150	138	137	150	160	180
Chile	62	82	97	113	130	144	153	156
Colombia	18	23	60	69	75	61	57	50
Costa Rica	153	154	168	171	189	210	236	220
Cuba ^b	...	...	...	...	...	135	141	182
Ecuador	18	21	11	12	10	10	15	19
El Salvador ^c	...	22	26	27	31	28	32	33
Guatemala	12	13	12	11	16	16	16	15
Honduras	26	27	24	22	22	32	38	37
Jamaica ^d	63	70	65	68	...	64	72	81
México	147	172	118	111	129	132	135	153
Nicaragua	19	17	18	18	20	23	26	28
Panamá	49	66	63	67	79	90	79	98
Paraguay	4	16	18	20	20	16	17	16
Perú ^e	15	15	25	29	31	32	34	37
República Dominicana	17	24	25	30	36	50	44	40
Trinidad y Tabago ^f	115	119	99	101	...	136	170	199
Uruguay	142	160	196	151	169	153	105	107
Venezuela, Rep. Bol. de	79	89	56	59	70	71	66	77
América Latina y el Caribe ^g	68	77	81	80	88	91	89	96
América Latina y el Caribe ^h	105	105	122	117	125	129	127	141

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de información de la base de datos sobre gasto social de la Comisión.

^a La cifra informada para el bienio 1994-1995 corresponde al año 1995.

^b Debido a variaciones en la base del PIB, solo desde 2000 se dispone de información en dólares (véase el recuadro II.6).

^c La cifra informada para el bienio 1992-1993 corresponde al año 1993.

^d Las cifras informadas para el bienio 1996-1997 corresponden al año 1996; las de 2004-2005, a 2004.

^e Las cifras anteriores a 2000 corresponden al gobierno central presupuestario.

^f La cifra informada para el bienio 1996-1997 corresponde al año 1996.

^g Promedio simple de los países. Incluye estimaciones en años y países donde falta información, y excluye Cuba.

^h Promedio ponderado de los países. Incluye estimaciones en años y países donde falta información, y excluye Cuba.

Cuadro A-VI.3
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (21 PAÍSES): GASTO PÚBLICO SOCIAL EN SALUD COMO
 PORCENTAJE DEL PRODUCTO INTERNO BRUTO**
(En porcentajes)

País	Período							
	1990-1991	1992-1993	1994-1995	1996-1997	1998-1999	2000-2001	2002-2003	2004-2005
Argentina	4,3	4,6	4,9	4,6	4,9	5,0	4,4	4,4
Bolivia ^a	...	...	3,1	3,3	3,3	3,6	3,7	3,5
Brasil	3,6	2,6	4,2	3,8	3,8	4,1	4,3	4,6
Chile	2,0	2,2	2,4	2,4	2,7	2,9	3,0	2,8
Colombia	1,0	1,2	2,9	3,2	3,7	3,0	2,8	2,3
Costa Rica	4,9	4,5	4,7	4,7	4,8	5,2	5,7	5,0
Cuba	5,0	6,6	5,6	5,3	5,8	5,2	5,3	6,0
Ecuador	1,4	1,6	0,8	0,9	0,7	0,8	1,1	1,2
El Salvador ^b	...	1,2	1,3	1,4	1,5	1,3	1,5	1,5
Guatemala	0,9	1,0	0,9	0,8	1,1	1,1	1,0	1,0
Honduras	2,9	2,8	2,6	2,3	2,4	3,3	3,8	3,5
Jamaica ^c	2,2	2,4	2,2	2,3	...	2,2	2,5	2,8
México	2,9	3,4	2,3	2,2	2,3	2,3	2,3	2,5
Nicaragua	2,8	2,5	2,8	2,5	2,7	2,9	3,3	3,3
Panamá	1,6	1,9	1,8	1,9	2,0	2,3	2,0	2,3
Paraguay	0,3	1,1	1,2	1,3	1,4	1,2	1,3	1,1
Perú d/	0,9	0,9	1,3	1,4	1,5	1,5	1,6	1,6
República Dominicana	1,0	1,3	1,2	1,4	1,5	1,8	1,6	1,4
Trinidad y Tabago ^e	2,6	2,8	2,2	2,0	...	2,1	2,3	2,2
Uruguay	2,9	3,0	3,4	2,5	2,7	2,6	2,0	1,7
Venezuela, Rep. Bol, de	1,6	1,7	1,1	1,1	1,4	1,5	1,6	1,6
América Latina y el Caribe ^f	2,3	2,6	2,6	2,4	2,6	2,7	2,7	2,7
América Latina y el Caribe ^g	3,1	3,0	3,3	3,0	3,2	3,3	3,3	3,4

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de información proveniente de la base de datos sobre gasto social de la Comisión.

^a La cifra informada para el bienio 1994-1995 corresponde al año 1995.

^b La cifra informada para el bienio 1992-1993 corresponde al año 1993.

^c Las cifras informadas para el bienio 1996-1997 corresponden al año 1996; las de 2004-2005, a 2004.

^d Las cifras anteriores a 2000 corresponden al gobierno central presupuestario.

^e La cifra informada para el bienio 1996-1997 corresponde al año 1996.

^f Promedio simple de los países. Incluye estimaciones en años y países donde falta información.

^g Promedio ponderado de los países. Incluye estimaciones en años y países donde falta información.

Cuadro A-VI.4
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (18 PAÍSES): ORIENTACIÓN DEL GASTO EN SALUD SEGÚN
 QUINTILES DE INGRESO PRIMARIO**
(En porcentajes)

		Quintil de ingresos					Total	Gini
		Quintil I	Quintil II	Quintil III	Quintil IV	Quintil V		
América Latina	Salud	24	22	20	18	17	100	-0,067
Argentina 2003	Salud	20	21	19	21	19	100	-0,010
	Atención pública de la salud	35	27	18	13	7	100	-0,277
	Seguros de salud	8	17	21	27	28	100	0,202
	Obras sociales - atención de la salud	7	16	20	27	30	100	0,228
	Ins,Nac,de Jubilados y Pensionados -at, de la salud	9	19	22	29	20	100	0,134
Bolivia 2002	Salud	11	15	14	25	35	100	0,232
	Cajas de salud	4	11	13	27	45	100	0,389
	Seguros y otros	18	20	14	22	26	100	0,075
Brasil 1997	Salud	16	20	22	23	19	100	0,036
Chile 2006	Subsidios de salud	55	33	18	3	-10	100	-0,633
Colombia 2003	Salud	34	29	19	12	5	100	-0,295
	Régimen subsidiado	41	32	16	8	3	100	-0,395
	Subsidios de oferta	28	27	22	16	8	100	-0,203
	Salud régimen contributivo	18	50	91	121	-180	100	...
Costa Rica 2004	Salud	25	24	24	17	10	100	-0,150
Ecuador 1999	Salud y nutrición (Ministerio de Salud)	19	23	23	24	11	100	-0,060
El Salvador 2002	Salud	26	23	21	18	12	100	-0,132
	Atención primaria	29	23	21	17	10	100	-0,176
	Atención hospitalaria	20	23	22	19	16	100	-0,048
Guatemala 2000	Total salud	17	18	23	25	17	100	0,028
	Hospitales	13	16	21	29	22	100	0,119
	Centros de salud	20	23	28	20	9	100	-0,100
	Postas de salud	40	22	27	6	5	100	-0,344
	Centros comunitarios	39	20	23	8	10	100	-0,280
Honduras 2004	Salud	21	22	23	20	14	100	-0,066
México 2002	Salud	15	18	21	23	22	100	0,078
	Atención primaria	16	18	21	23	22	100	0,061
	Atención maternal	10	19	23	31	18	100	0,107
	Hospitales	3	15	32	21	30	100	0,236
Panamá 2003	Salud	17	24	20	21	19	100	-0,002
Perú 2004	Total salud	6	11	19	26	39	100	0,324
	Ministerio de Salud (MINSA)	11	19	26	24	20	100	0,089
	MINSA atención primaria	20	24	23	20	13	100	-0,068
	MINSA hospitales	5	15	29	27	24	100	0,205
	SIS ^a	17	27	25	22	9	100	-0,081
	ESSALUD ^b	1	5	15	30	49	100	0,482
	Fuerzas Armadas	0	2	9	19	70	100	0,631
	Atención privada	4	8	14	25	49	100	0,424

(continúa)

Cuadro A-VI.4 (conclusión)

		Quintil de ingresos					Total	Gini
		Quintil I	Quintil II	Quintil III	Quintil IV	Quintil V		
República Dominicana 1998	Medicina preventiva: vacunas	25	23	21	19	13	100	-0,107
	Medicina curativa: servicios hospitalarios maternos	32	26	18	16	8	100	-0,232
	Medicina curativa: servicios hospitalarios (seg, social)	33	15	17	29	6	100	-0,160
	Medicina curativa: hospital militar	18	5	19	16	42	100	0,236
Uruguay 2003	Salud	48	28	15	7	3	100	-0,438

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de estudios nacionales.

^a Seguro Integral de Salud del Ministerio de Salud (MINSA).

^b Seguro para trabajadores dependientes.

Cuadro A-VI.5

LOS COSTOS DE ALCANZAR LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: COMPARACIÓN ENTRE ESTIMACIONES DEL ACTUAL EJERCICIO Y EL DE LA COMISIÓN MUNDIAL SOBRE SALUD, TRAS AJUSTES PERTINENTES

Estimación	Año			
	2007		2015	
	Costo anual por habitante (en dólares)	Costo total (en millones de dólares)	Costo anual por habitante (en dólares)	Costo total (en millones de dólares)
Modelo actual	76,96	42 759	85,94	54 426
Comisión Mundial de la OMS sobre Macroeconomía y Salud	67,36	37 425	71,44	45 243

Fuente: R. Bitrán y otros, “Estimación del costo de alcanzar los objetivos del Milenio en salud en América Latina y el Caribe”, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), marzo de 2008, inédito.

CAPÍTULO VII

LOS SISTEMAS DE SALUD ANTE LOS DESAFÍOS PLANTEADOS POR LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO: PRINCIPIOS ORIENTADORES PARA LAS POLÍTICAS DE SALUD

“Los Objetivos de Desarrollo de la Declaración del Milenio de Naciones Unidas, suscrita por nuestros países, nos han planteado la oportunidad de retomar el camino para formular planes orientados a enfrentar los problemas sociales y de salud de la población de manera de incrementar la cohesión social.

En este contexto, erradicar la pobreza y superar la desigualdad deben ser objetivos prioritarios de nuestros países”.

Consenso de Iquique, IX Conferencia Iberoamericana de Ministras y Ministros de Salud, Iquique, Chile, julio de 2007

La salud es un componente central de los derechos económicos y sociales. En la medida en que la sociedad pueda garantizar a todos sus miembros la prevención y atenciones pertinentes, se avanza en materializar estos derechos y su exigibilidad. El disfrute efectivo de este aspecto de la ciudadanía fortalece el sentido de pertenencia de las personas a la sociedad y con ello la cohesión social democrática. De ahí que la agenda de reformas de salud de la región deba orientarse a un doble objetivo. Por una parte, es preciso avanzar en la creación de mecanismos de financiamiento solidario que permitan brindar un acceso equitativo a los servicios de salud a toda la población, independientemente del ingreso o del nivel de riesgo; como se vio, se requieren esfuerzos adicionales de financiamiento. Por la otra, es necesario reducir los costos y aumentar la eficiencia en materia de asignación y gestión de los recursos para responder de la mejor forma posible —dentro de las restricciones financieras e institucionales existentes— a los actuales cambios tecnológicos, demográficos y epidemiológicos (CEPAL, 2000, 2006 y 2007a).

En esos términos la OPS, conforme a su resolución del 19 de septiembre de 2002, define la extensión de la protección social en salud como la garantía que la sociedad otorga, por conducto de las distintas autoridades públicas, para que los individuos o grupos de individuos puedan satisfacer sus necesidades y requerimientos en salud por medio de un acceso adecuado a los servicios de salud del sistema o a cualquier subsistema de salud existente en el país, independientemente de su capacidad de pago.

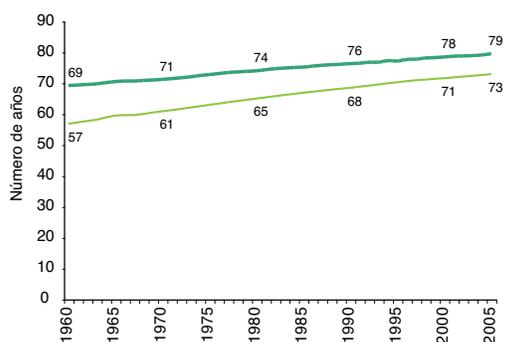
Los indicadores relacionados con los objetivos de desarrollo del Milenio han permitido dar seguimiento al avance de las políticas públicas en ámbitos de acción específicos, al definir los estándares mínimos de satisfacción en algunos aspectos del bienestar cuyo logro implica velar por una eficiente asignación de los recursos y la prestación de servicios. Gracias a ello se han podido identificar las situaciones de discriminación y exclusión y examinar la eficacia de las políticas públicas. De ahí su indudable valor en materia de inclusión social.

En las últimas décadas, las condiciones de vida de la población de América Latina y el Caribe han mejorado significativamente. Un mayor acceso a la salud, unido a inversiones apreciables en infraestructura básica, han provisto de agua potable y saneamiento básico a un porcentaje elevado y creciente de ella. En no más de treinta años, el número esperado de años de vida al nacer ha aumentado de manera importante, se ha logrado incrementar el nivel de escolaridad y se ha producido una notable disminución de la mortalidad infantil, de la tasa de mortalidad de los menores de cinco años y de la desnutrición. Estas tendencias positivas revelan una convergencia con los indicadores correspondientes de los países de mayor ingreso por habitante (gráfico VII.1).

Gráfico VII.1
INDICADORES DE CALIDAD DE VIDA: TENDENCIAS DE CONVERGENCIA ENTRE AMÉRICA LATINA Y 15 PAÍSES DE LA OCDE

EVOLUCIÓN DE LA ESPERANZA DE VIDA AL NACER

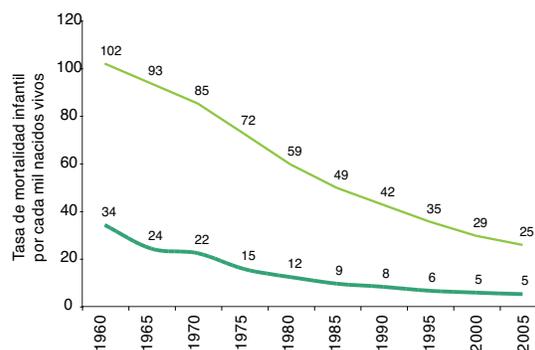
(Número de años)



OCDE (24 países) América Latina y El Caribe

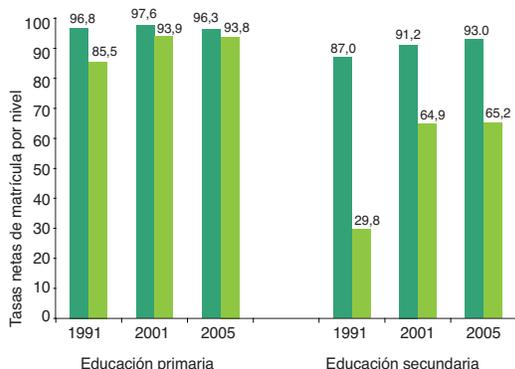
EVOLUCIÓN DE LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL

(Número de menores de 1 año fallecidos por cada 1.000 nacidos vivos)



EVOLUCIÓN DEL ACCESO A FUENTES MEJORADAS DE AGUA POTABLE Y DE SANEAMIENTO

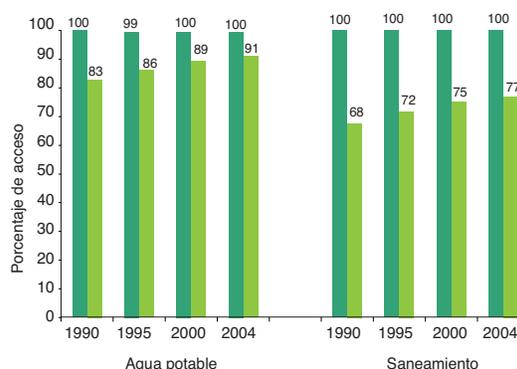
(En porcentajes de población)



OCDE (24 países) América Latina y El Caribe

EVOLUCIÓN DEL ACCESO OPORTUNO A EDUCACIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA

(Tasa neta de matrícula)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Banco Mundial, World Development Indicators (WDI) [base de datos en línea].

Por otra parte, de acuerdo con lo señalado anteriormente, el bajo nivel de crecimiento económico y su volatilidad y la elevada desigualdad en la distribución del ingreso han impedido una disminución más significativa de la pobreza absoluta y de la exclusión. En el ámbito que nos ocupa, ello se ha traducido en mayores brechas y restricciones para alcanzar los objetivos de desarrollo del Milenio relacionados con la salud, ya que incluso tras los mejores promedios subyace una marcada inequidad en los indicadores de salud y conexos.

Gran parte de las brechas en materia de pobreza y salud son consecuencia de la desigualdad distributiva, que es la más elevada entre las regiones del mundo. Cuando existe una distribución socioeconómica tan inequitativa de la morbilidad y la mortalidad —y también de algunos aspectos tales

como la desnutrición—, es preciso atacarla de raíz, es decir, actuando sobre sus factores determinantes en el plano socioeconómico. De lo contrario, el complejo entramado causal sitúa a las políticas de salud ante tareas que sobrepasan claramente el ámbito sectorial y que, si se abordan de manera aislada, son imposibles de resolver. Por ello se requiere una sinergia entre las diversas políticas vinculadas al bienestar —educacionales, de vivienda, de ingresos—, en un entorno macroeconómico estable y propicio para el crecimiento económico y una mejor distribución de los frutos del desarrollo. Tal es el cometido de la Comisión sobre determinantes sociales de la salud (CDSS) de la OMS, mencionada anteriormente.

La situación de la región revela la necesidad ineludible de mejorar la equidad y de ampliar la protección social en materia de salud. Las marcadas inequidades existentes en la actualidad —especialmente las de género, raza, etnia y generacionales— impiden el ejercicio del derecho al desarrollo y la salud, reproducen los niveles de pobreza, limitan los beneficios del desarrollo económico, erosionan la cohesión social y ponen en peligro los procesos democráticos. Es preciso que los países de la región se comprometan firmemente con los imperativos de equidad y solidaridad y adopten medidas sinérgicas destinadas a reducir la desigualdad en el acceso a los servicios. En este sentido, se necesita ampliar el alcance de la protección social en materia de salud, mejorar el funcionamiento de las instituciones en beneficio de todos y respetar la diversidad cultural de los distintos grupos sociales (Naciones Unidas, 2005).

Cabe destacar que en 2003, con motivo del 25° aniversario de la Declaración de Alma Ata y a solicitud de sus países miembros, la OPS reexaminó los valores y principios que décadas atrás inspiraron la declaración, a fin de formular orientaciones estratégicas y programáticas sobre la atención primaria de salud, orientadas a renovar con esa perspectiva la visión del desarrollo de los sistemas de salud. La estrategia resultante fue refrendada por los estados miembros en el 46° Consejo Directivo de 2005, en la Declaración de Montevideo.

Según la OPS, esta nueva articulación de la atención primaria en los sistemas de salud supone *“un enfoque amplio de la organización y operación de los sistemas de salud, que hace del derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible su principal objetivo, al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad del sistema. Un sistema de salud basado en la APS está conformado por un conjunto de elementos estructurales y funcionales esenciales que garantizan la cobertura y el acceso universal a los servicios, los cuales son aceptables para la población y promueven la equidad. Presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, pone énfasis en la prevención y la promoción y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción. Un sistema de salud basado en APS requiere un sólido marco legal, institucional y organizativo, además de recursos humanos, económicos y tecnológicos adecuados y sostenibles. Emplea prácticas óptimas de organización y gestión en todos los niveles del sistema para lograr calidad, eficiencia y efectividad, y desarrolla mecanismos activos con el fin de maximizar la participación individual y colectiva en materia de salud. Un sistema de salud de esta naturaleza promueve acciones intersectoriales para abordar otros determinantes de la salud y la equidad”* (OPS, 2007a).

La OPS y sus estados miembros consideran que una estrategia renovada en materia de atención primaria es condición esencial para el logro de objetivos de desarrollo a nivel internacional, tales como los contenidos en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, así como para abordar las causas fundamentales de la salud — tal como ha definido la Comisión sobre determinantes sociales de la salud (CDSS) de la OMS— y para codificar la salud como un derecho humano.

La capacidad de respuesta de los sistemas de salud debe ponerse a la altura de los desafíos que plantean los objetivos de desarrollo del Milenio. Entre otras cosas, se exige poner en práctica programas eficaces en campos tales como la salud sexual y reproductiva y el control de las enfermedades infecciosas, así como el desarrollo de los sistemas y servicios de salud indispensables para que esos programas y las intervenciones conexas beneficien a todos los ciudadanos (OPS, 2004). También hacen necesario trabajar simultáneamente

en las áreas de gestión, financiamiento, aseguramiento y prestación de servicios, en sintonía con la búsqueda de la equidad (OPS, 2002). Debe ampliarse el nivel básico de la atención primaria de salud de conformidad con los criterios de equidad y mediante la integración de enfoques verticales y el fortalecimiento de la colaboración intersectorial y la participación social en materia de salud (OPS, 2003); en el recuadro VII.1 se sintetizan algunas iniciativas importantes respecto de la atención primaria que se encuentran actualmente en marcha. Es preciso incrementar las inversiones en programas de salud pública, combinando un mayor volumen de recursos fiscales con su utilización más eficaz, el aumento de las contribuciones sociales o de ambos. Además, estos programas deben promover las políticas intersectoriales e interinstitucionales para enfrentar los factores determinantes de la salud como fenómeno multidimensional.

Recuadro VII.1
**ALGUNOS PROGRAMAS DESTINADOS A MEJORAR LA ATENCIÓN MATERNOINFANTIL
 EN LA REGIÓN**

Programas centrados en las infecciones respiratorias agudas, según estrategia de internación abreviada

Con medidas de prevención, atención oportuna y seguimiento, estos programas apuntan a disminuir las complicaciones por infecciones respiratorias y la mortalidad conexas en menores de 5 años. En este marco, países como Chile y Argentina han puesto en práctica la estrategia de internación abreviada, que mejora la calidad de la atención de los servicios, aumenta la capacidad resolutoria del primer nivel de atención y disminuye las internaciones hospitalarias.

Programas de desparasitación masiva

A escala mundial, las parasitosis intestinales ocasionadas por geohelminthos se consideran un problema de salud pública de la niñez, que aumenta la anemia y la malnutrición. Los parásitos se transmiten mediante la ingestión de tierra contaminada con materias fecales humanas portadoras de huevos o larvas. Por medio del tratamiento masivo de la población con medicamentos y la educación sanitaria para promover medidas de saneamiento ambiental, en Argentina se aplicó el Programa nacional de desparasitación masiva en áreas en que se asientan urbanizaciones desprovistas de servicios sanitarios básicos, para disminuir de manera sostenida la prevalencia de esta parasitosis en la población de 2 a 14 años.

Programas de salud reproductiva

Para mejorar el acceso universal a los servicios de salud reproductiva y procreación responsables y disminuir los embarazos no deseados y las infecciones de transmisión sexual, países como México, Perú, Cuba, Chile, Uruguay y Argentina, entre otros, han aplicado programas específicos. En Argentina se provee gratuitamente de métodos anticonceptivos a la población que así lo requiera, por medio de los servicios de salud del subsector público, y la seguridad social otorga una cobertura del 100% de sus costos en el marco del Programa Médico Obligatorio (PMO).

Programas de disminución de la transmisión vertical del VIH

En Argentina, Brasil, Uruguay y otros países se refuerza la detección de VIH en la mujer embarazada mediante un tratamiento oportuno y medidas de protección durante el embarazo y parto para evitar contagios del virus en los recién nacidos, con provisión o cobertura de los medicamentos por parte del Estado. El alcance de estos programas depende mucho del tipo de cobertura y de la calidad de atención del embarazo.

Programas de atención integral de la mujer embarazada y del niño en sus primeros años

Hay programas tales como Nacer Argentina y Chile crece contigo, cada uno con sus características específicas, cuyo objetivo es abordar integralmente la salud de las embarazadas y de los niños pequeños.

Fuente: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), sobre la base de información de los respectivos países.

Sin embargo, el carácter integral de las políticas no debe diluir el papel crucial que en sentido estricto desempeñan los sistemas de salud en la reducción de las grandes brechas para acceder a los servicios pertinentes. Para esos efectos, sería preciso superar el carácter segmentado de estos sistemas, que refleja los patrones de discriminación propios de las sociedades en que se insertan y que constituye un gran obstáculo para el logro de los objetivos de desarrollo (OPS/OMS/OSDI, 2003, p. 98). Asimismo, su fragmentación dificulta las intervenciones eficaces en función de los costos y del uso eficiente de los recursos, de acuerdo con los mecanismos adecuados de referencia y de contrarreferencia. La población no afiliada a los sistemas contributivos, sin capacidad de pago o carente de ambos medios por lo general depende de las prestaciones del sector público como única fuente de cobertura y, muy marginalmente, de algunas prestaciones de organizaciones sin fines de lucro. Para cumplir con las metas del Milenio es precisamente esta población a la que deben orientarse las políticas públicas.

Entre otros aspectos, la fragmentación está vinculada a las relaciones entre el financiamiento contributivo y no contributivo en salud, es decir, entre la seguridad social y los sistemas públicos, vínculo cuya morfología varía de país en país, según puede apreciarse en el cuadro VII.1.

Cuadro VII.1
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: INTERACCIÓN ENTRE FINANCIAMIENTO PÚBLICO Y COTIZACIONES DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN EL SECTOR DE LA SALUD

Tipo 1	Tipo 2	Tipo 3
Financiamiento: rentas generales, sistemas integrados a partir de financiamiento no contributivo.	Financiamiento: integración de rentas generales y cotizaciones a la seguridad social.	Financiamiento: baja o nula integración de rentas generales y cotizaciones a la seguridad social.
<i>La estructura de la prestación es heterogénea entre prestadores públicos y privados.</i>	<i>En todos los casos hay algún grado de separación explícita de funciones de financiamiento y prestación. También varía el nivel de integración del financiamiento.</i>	<i>La estructura de la prestación pública es heterogénea, y existen distintos tipos de vinculación entre el sector público y privado.</i>
<i>Prestación pública y privada: Bahamas, Barbados, Belice, Brasil, Dominica, Granada, Guyana, Haití,^a Jamaica, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tabago, Venezuela (Rep. Bol. de).^b</i> <i>Prestación solo a través del sistema público: Cuba</i>	<i>Tipo 2A: Integrado con mantenimiento del financiamiento contributivo y nivel único de cobertura a cargo de la seguridad social: Costa Rica.</i> <i>Tipo 2B: Integrado con cobertura diferenciada entre financiamiento contributivo y no contributivo: Colombia, Antigua y Barbuda,^c República Dominicana.^c</i> <i>Tipo 2C: Modelo dual con integración parcial: Chile.</i>	Argentina, Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay.

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe, *La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad* (LC/G.2294(SES.31/3)/E), Santiago de Chile, 2006.

Nota: En todos los países, con la excepción de Cuba, existe un subsector privado que también presta servicios de salud.

^a En Haití no existe prácticamente el seguro social y la prestación y el financiamiento provienen fundamentalmente del sector público y de organizaciones no gubernamentales.

^b Las reformas de los últimos años han fomentado una mayor participación y cobertura del sistema público.

^c Las reformas de salud tanto en Antigua y Barbuda como en República Dominicana están en un período de transición hacia una mayor integración del financiamiento.

Dadas la magnitud y composición del gasto de los países destinado a salud y su distribución en la población, que se analizaron en el capítulo anterior y a los cuales se aludió en las reflexiones en torno al gasto de bolsillo en salud de los hogares, es necesario incrementar el gasto corriente y las inversiones en salud y hacerlos más redistributivos. Es preciso establecer una sinergia entre estos últimos y las políticas públicas relacionadas con los factores determinantes de la salud en ámbitos tales como la nutrición o el acceso adecuado a la infraestructura básica; en el presente documento ya se sintetizaron algunas orientaciones básicas en materia de programas de nutrición.

Las diferentes estrategias relacionadas con las reformas del sector de la salud que se han aplicado en la región desde hace al menos dos décadas reflejan tanto la heterogeneidad como los diversos puntos de partida propios de cada país. Es así como la especificidad de cada sistema de salud y su inserción institucional dan lugar a diferentes restricciones y prioridades que deben tomarse en cuenta en el proceso de reformas. Pero más allá de las características nacionales, el diseño y la ejecución de las reformas del sector de la salud y las políticas públicas de protección social en esta materia deben contemplar una serie de criterios. En primer lugar, la importancia creciente de las enfermedades no transmisibles, unida al envejecimiento de la población, indican que los países tendrán que avanzar en la formulación de mecanismos para cubrir patologías más caras y complejas. Segundo, la exclusión social y la inequidad en materia de salud hacen necesario definir políticas e instrumentos para avanzar en la universalización de las coberturas. En tercer lugar, los cambios tecnológicos ocurridos en el sector de la salud, el constante aumento de los costos y el crecimiento proyectado de la demanda y de los requerimientos financieros determinan que las mejoras en lo que respecta a la eficiencia y la contención de los costos sean elementos centrales de las reformas y de las políticas de salud (CEPAL, 2006; OPS, 2007a).

De ahí que para fortalecer y ampliar el aseguramiento de los riesgos de salud sea imprescindible considerar la integración del financiamiento de los sistemas para alcanzar niveles más elevados de solidaridad. Los sistemas de seguros deben evitar la selección de los riesgos y progresar hacia una cobertura equitativa asegurada. En segundo lugar, es necesario lograr una mayor eficiencia mediante la contención de los costos, la utilización de mecanismos de compra apropiados y la regulación del sistema. Por otra parte, la mejora efectiva de la cobertura de servicios de salud para toda la población requiere políticas de salud pública orientadas, entre otros fines, a ampliar el alcance de la atención primaria y a una coordinación adecuada de los servicios descentralizados que incluya la compensación de las diferencias intrarregionales. Si bien en los países de la región hay diversas formas y grados de interrelación entre el financiamiento contributivo y no contributivo de la salud, es posible que la integración de la seguridad social y el sistema público les permita una mayor sinergia, beneficiosa tanto para el financiamiento de la solidaridad como para la equidad. Asimismo, la articulación entre la seguridad social y los sistemas públicos puede tener un efecto positivo en la eficiencia si la integración de los subsistemas trae consigo un mejor aprovechamiento de la capacidad instalada y facilita la racionalización del uso de los recursos mediante mejoras en la gestión y administración de los subsistemas (CEPAL, 2006).

Pero cabe reconocer que en la mayoría de los países de la región los recursos tributarios son escasos y que los fondos provenientes de las contribuciones a la seguridad social son una importante fuente de financiamiento de las prestaciones de salud. Por lo tanto, el objetivo primordial es lograr un sistema de salud equitativo con financiamiento solidario. Para reducir las inequidades que suelen acompañar la existencia de esquemas segmentados y desvincular el acceso a servicios adecuados de los riesgos médicos y de la capacidad de pago de las personas, es fundamental avanzar hacia la integración de los sistemas públicos y de seguridad social. Convendría dar prioridad a un conjunto claramente definido de prestaciones universales explícitas y garantizadas, que debieran aumentar de conformidad con las posibilidades de financiamiento de cada país. Las políticas de expansión de la atención primaria y una adecuada coordinación de servicios descentralizados deben orientarse a mejorar la cobertura y el acceso a servicios de salud (CEPAL, 2006).

En lo que toca a los objetivos del Milenio relacionados con la salud, cabe reflexionar además sobre la medida en que las reformas a la salud pueden contribuir a su logro. Ciertamente, ello solo puede plantearse de manera aproximada ya que, por una parte, son escasos los análisis y la información sobre los efectos sanitarios de los procesos de reforma y, por la otra, existen dificultades de índole metodológica que impiden atribuirle a ciertas intervenciones un resultado neto en salud, deslindándolas claramente de otros aspectos involucrados cuyas repercusiones también son apreciables y que dependen de los factores determinantes (Acuña, 2008, p. 126). En ese contexto es posible entender algunas paradojas, como por ejemplo, el hecho de que en Chile los indicadores de mortalidad infantil hayan mejorado y se destaquen en la región, pero que sin embargo persistan —e incluso se hayan ampliado— ciertas desigualdades, tales como la brecha en la tasa de mortalidad infantil según el nivel de escolaridad de la madre (Ministerio de Salud de Chile, 2006).

En cuanto a factores clave de las reformas que pueden constituir un marco favorable para lograr los objetivos de desarrollo del Milenio pertinentes, cabe considerar los avances en materia de universalización de la salud. Los casos emblemáticos en la región son, por una parte, Brasil, donde se aplicó un sistema único de salud financiado con recursos fiscales y, por lo tanto, de carácter no contributivo. Por la otra, cabe mencionar a Colombia, que dio un gran salto mediante una ley que introdujo la competencia tanto a nivel de aseguramiento como de prestaciones, pero que contempló algunas modificaciones fundamentales respecto de la experiencia chilena, en el sentido de crear un fondo y otros mecanismos de financiamiento solidario para nutrir a dos regímenes: uno contributivo y el otro subsidiado.

En el extremo opuesto se agrupan los más rezagados en cuanto al desarrollo de los sistemas de salud tales como Perú, Bolivia y varios países centroamericanos, que han hecho hincapié en la disminución de las barreras de acceso a los servicios de los no asegurados, sobre todo en materia de atención primaria de la salud. En estos últimos destacan algunos logros alcanzados en las últimas décadas, como la reducción de la mortalidad materna en Honduras (Rodríguez, 2007).

Además, hay experiencias de avance en materia de aseguramiento y prestaciones mediante la modificación de los sistemas vigentes. Es el caso de Chile, en que se introdujo un conjunto de prestaciones garantizadas, algunas de las cuales se relacionan con la prevención de la mortalidad infantil y materna. Se trata de una de las experiencias más avanzadas del mundo, precisamente por haber establecido garantías de cobertura, protección financiera, oportunidad y acceso, especificando de manera mucho más detallada que en otras latitudes los alcances, obligaciones, sujetos acreedores de estos derechos y mecanismos de garantía o de protección, y porque la gama de prestaciones incluye algunas de costo elevado. El Seguro Popular de Salud de México, por otra parte, incluye garantías de financiamiento pero sin modificar la segmentación del aseguramiento, sino agregando recursos propios canalizados de manera muy compleja. Involucra modificaciones institucionales orientadas a fortalecer los centros de salud públicos, modifica la combinación público-privada al permitir la participación de un mayor número de prestadores privados y uno de sus desafíos será regular la calidad de las prestaciones, justamente debido a esa combinación y a la gran complejidad del financiamiento (Sojo, 2006).

Tal como ha advertido la OPS, lamentablemente en los procesos de reforma que han emprendido los distintos países puede apreciarse en ocasiones un descuido de la salud pública. Ello es importante en relación con los objetivos del Milenio, dado que varias de las medidas sanitarias que estos incluyen dependen precisamente de ella, sobre todo en el nivel de atención primaria (OPS, 2000).

Por ejemplo, la experiencia muestra que en las reformas que involucran una separación de funciones o bien un cambio de atribuciones para los entes de salud, las responsabilidades y los recursos asignados a los esquemas de vacunación deben definirse claramente. Fue así como la OPS detectó tempranamente que en Colombia se había deteriorado el rango de cobertura de las vacunaciones desde 1997, sobre todo en los departamentos en que las condiciones de vida son inferiores y en las áreas rurales, tendencia que se confirmó

en varios estudios posteriores. Los más recientes muestran que a partir de 2001 se han recuperado las tasas nacionales de cobertura de algunas vacunas. Las razones del deterioro se han atribuido al efecto combinado del proceso de descentralización y de aplicación de la reforma a la salud de 1993. Al respecto, Glassman (citado por Flórez y otros, 2007) afirma que “a pesar de las bondades de la reforma, su implantación y el proceso de descentralización han evidenciado vacíos y/o duplicidades en la definición de competencias entre los diferentes agentes con incidencia negativa en la prestación del servicio y en los niveles de cobertura”. El Estado colombiano emprendió acciones que permitieran aumentarla, encaminadas a reglamentar los procesos y a definir las responsabilidades. Un estudio reciente realizado por Flórez y otros (2007) confirma el deterioro y la posterior recuperación de la cobertura de los esquemas completos de vacunación, que disminuyó del 77,9% en 1990 al 71% en 1995 y al 66% en 2000, y que aumentó en 2005 hasta alcanzar nuevamente niveles por encima del 70%, pero que aún no recupera las cotas logradas hace 15 años (78%). Si bien muestra consistentemente la persistencia de inequidades en las zonas rurales y los grupos más pobres, la mayor cobertura lograda en los últimos cinco años se ha acompañado de un incremento de la equidad regional. En otras palabras, pese a que las rectificaciones emprendidas no han sido cabales, ya han tenido algunos efectos positivos.

Desde otro punto de vista, para que los gastos de bolsillo no obstaculicen el acceso a las atenciones de salud necesarias es preciso mejorar y universalizar las coberturas efectivamente otorgadas, trabajando tanto en la ampliación de los sistemas de aseguramiento de cobertura universal y obligatoria como en el fortalecimiento de la salud pública. Esta preocupación aflora en el Consenso de Iquique aprobado en la IX Conferencia Iberoamericana de Ministras y Ministros de Salud, realizada en Iquique en julio de 2007, en que se plantea que la exclusión social se ve claramente reflejada en la falta de acceso a medicamentos e insumos estratégicos por parte de amplios grupos poblacionales y que, por otra parte, el aumento de sus precios dificulta a los gobiernos garantizar el acceso a estos bienes e implica un mayor gasto directo de las personas. De ahí que esta resolución rechace las medidas y acciones de cualquier naturaleza, procedencia, o ambas que atenten contra el acceso de la población a los medicamentos y alimentos indispensables para salvar vidas y conservar la salud, en especial de los niños, niñas y adolescentes.

En el capítulo V, se vio que los gastos de bolsillo más elevados afectan desde las poblaciones aseguradas, como en el caso argentino, a los hogares con niveles muy bajos de aseguramiento, tal como en Honduras, y que ambos acarrear serias consecuencias para la estructura de gastos de las familias. Por otra parte, se advierte que en la región hay un gran contingente de personas que no están en condiciones de gastar en prestaciones de salud a causa de sus bajos ingresos, incluso cuando así lo requieran. En favor de la equidad, es fundamental impulsar políticas orientadas a reducir los gastos de bolsillo y brindar un nivel más amplio de cobertura. Así lo han intentado varias estrategias aplicadas en la región. Algunas políticas son indirectas y tendientes a reducir el gasto, ya que apuntan a prevenir los daños que este produce, mientras que las directas se orientan a disminuir la magnitud del gasto una vez producido el daño. En este sentido, es preciso consolidar las medidas involucradas en la estrategia de atención primaria impartiendo una orientación intersectorial e integral respecto de los factores determinantes de la salud; sus efectos quedan de manifiesto en los importantes avances en materia de universalización de las inmunizaciones hasta erradicar algunas enfermedades. Entre los ejemplos de programas de la región que apuntan a fortalecer esta estrategia se cuentan el programa Médicos comunitarios en Argentina, el programa de salud de la familia en Brasil y el programa Misión barrio adentro en la República Bolivariana de Venezuela. Por otra parte, también hay políticas orientadas a la eficiencia del gasto, cuyo objetivo es limitar los costos. Una de ellas es la prescripción de medicamentos por componentes genéricos en países como Argentina y Brasil, que ha permitido disminuir los gastos de bolsillo en medicamentos al ofrecer a los pacientes la posibilidad de elegir según los precios en la farmacia y contrarrestar así la ingerencia que ejerce al respecto la industria de medicamentos mediante su publicidad permanente e influencia en el cuerpo médico para que prescriba determinadas marcas comerciales. En Costa Rica, la seguridad social ha utilizado tradicionalmente

productos généricos y ha realizado compras a gran escala que han contribuido a moderar el costo de los medicamentos. El Plan Remediar de Argentina, que consiste en centralizar las compras en el Ministerio de Salud y distribuir las posteriormente a las entidades públicas del primer nivel de atención, ha permitido suministrar medicamentos esenciales para cubrir patologías ambulatorias en forma gratuita a la población sin cobertura de obras sociales e incrementar el acceso a los tratamientos de las personas más pobres. En Chile, uno de los objetivos del Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE) es reducir el gasto en enfermedades catastróficas de los hogares pertenecientes a los dos subsistemas de aseguramiento mediante una regulación de la selección adversa y una garantía de cobertura.

La situación de América Latina y el Caribe en materia de necesidades y de privaciones relacionadas con la salud es muy diversa y, en algunos casos, preocupante. Mientras que a nivel agregado se acerca rápidamente a los países desarrollados en cuanto a la incidencia creciente de enfermedades no transmisibles, aún persisten muchas enfermedades vinculadas a un menor grado de desarrollo como son las transmisibles y las maternoinfantiles. Este rezago epidemiológico es más acentuado en los países de menores ingresos y desigualdades más marcadas en materia de salud y representa un doble desafío para los sistemas pertinentes. Si bien es fundamental aumentar la inversión en salud pública y lograr una mayor eficacia del servicio para reducir los altos niveles de enfermedades transmisibles y maternoinfantiles, la importancia creciente de las enfermedades no transmisibles representa un costo elevado aunque los recursos se utilicen de manera eficiente, lo cual origina una competencia en la asignación de los recursos. Debido al envejecimiento de la población, la carga de enfermedades no transmisibles aumentará indefectiblemente en el tiempo, por lo que cabe prever una demanda cada vez mayor de servicios de salud de costo más elevado. La necesidad de cubrir el rezago epidemiológico, los procesos de transición demográfica y el avance en materia de cobertura ejercen presiones para aumentar el financiamiento. De ahí que cualquier política de salud deba realizar intentos por compatibilizar la ampliación de la cobertura y la equidad de acceso con la reducción de los costos y la eficiencia en la asignación de los recursos (CEPAL, 2006).

Se ha reconocido la necesidad de modificar la asignación, distribución y formación de los recursos humanos, incrementar la magnitud, revisar la asignación del gasto público y modificar la distribución territorial de la red de servicios y de la infraestructura de salud (Naciones Unidas, 2005). En 2006 la OMS analizó diferentes resultados en salud relacionados con los objetivos de desarrollo del Milenio, conforme a la disponibilidad de recursos humanos especializados en salud (OMS, 2006). Según las conclusiones, se observan claramente las repercusiones positivas en el estado de salud de la población que tiene la oferta de recursos humanos, sobre todo en cuanto a la mortalidad maternoinfantil. Para garantizar un nivel mínimo de cobertura de las intervenciones básicas, en este informe se propuso una densidad de recursos humanos de salud —que comprende médicos, enfermeras y parteras— entre 20 y 25 por cada 10.000 habitantes. Si bien tal cifra no es taxativa, constituye un punto de referencia que permite dimensionar la magnitud relativa de las actuales carencias. Por su parte, la relación entre los recursos humanos de salud y la situación de la salud está mediada por la organización de los servicios de salud y por la combinación óptima de aptitudes y personal en un contexto dado (Macinko y otros, 2006). En el recuadro VII.2 figuran los recientes acuerdos en esta materia.

Recuadro VII.2

**CINCO DESAFÍOS Y VEINTE METAS EN RECURSOS HUMANOS PARA ALCANZAR LOS
OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO EN SALUD, ACORDADAS POR LA 27ª
CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA EN OCTUBRE DE 2007**

Desafío 1: Definir políticas y planes de largo plazo para adaptar la fuerza laboral a los cambios previstos en los sistemas de salud

Metas

- 1) Todos los países de la región de las Américas habrán logrado una razón de densidad de recursos humanos de 25 profesionales por 10.000 habitantes.
- 2) La proporción de médicos de atención primaria excederá el 40% de la fuerza laboral médica total.
- 3) Todos los países habrán formado equipos de atención primaria de salud con una amplia gama de competencias, incluidos agentes comunitarios de salud, para mejorar el acceso, llegar a los grupos vulnerables y movilizar redes de la comunidad.
- 4) La razón de enfermeras calificadas con relación a los médicos alcanzará al menos 1:1 en todos los países de la región.
- 5) Todos los países de la región habrán establecido una unidad o dirección de recursos humanos para la salud responsable del desarrollo de políticas y planes de recursos humanos, la definición de la dirección estratégica y la negociación con otros sectores.

Desafío 2: Ubicar a las personas adecuadas en los lugares adecuados para lograr una distribución equitativa de acuerdo a las necesidades de salud de esas poblaciones

Metas

- 6) La brecha en la distribución de personal de salud entre zonas urbanas y rurales se habrá reducido a la mitad en 2015.
- 7) Al menos el 70% de los trabajadores de atención primaria de salud tendrán competencias de salud pública e interculturales.
- 8) El 70% de las enfermeras, las auxiliares de enfermería, los técnicos de salud y los agentes comunitarios de salud habrán perfeccionado sus capacidades y competencias a la luz de la complejidad de sus funciones.
- 9) El 30% del personal de salud en los entornos de atención primaria se habrá contratado de sus propias comunidades.

Desafío 3: Promover la acción nacional e internacional para que los países afectados por la migración conserven a su personal sanitario y eviten carencias en su dotación

Metas

- 10) Todos los países de la región habrán adoptado un código de práctica global o habrán elaborado normas éticas sobre la contratación internacional de trabajadores de la salud.
- 11) Todos los países de la región tendrán una política de autosuficiencia para satisfacer sus necesidades de recursos humanos para la salud.
- 12) Todas las subregiones habrán establecido mecanismos para el reconocimiento de los profesionales formados en el extranjero.

Desafío 4: Generar ambientes de trabajo que propicien el compromiso con la misión institucional de garantizar la prestación de servicios de salud de buena calidad para toda la población

Metas

- 13) La proporción de empleo precario, sin protección para los proveedores de servicios de salud se habrá reducido a la mitad en todos los países.
- 14) El 80% de los países de la región contará con una política de salud y seguridad para los trabajadores de la salud, incluidos programas para reducir las enfermedades laborales y accidentes de trabajo.
- 15) Al menos el 60% de los gerentes de servicios y programas de salud reunirán requisitos específicos de competencias para la salud pública y la gestión, entre ellas las de carácter ético.
- 16) El 100% de los países de la región contarán con mecanismos de negociación y legislaciones efectivas para prevenir, mitigar o resolver los conflictos de trabajo y garantizar la prestación de los servicios esenciales, toda vez que se presenten.

Desafío 5: Crear mecanismos de cooperación entre las instituciones educativas y de servicios de salud para adaptar la educación de los profesionales sanitarios para la prestación de atención de buena calidad que satisfaga las necesidades de salud de toda la población.

Metas

- 17) El 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán reorientado su formación hacia la atención primaria de salud y las necesidades de la salud comunitaria y habrán incorporado estrategias para la formación interprofesional.
- 18) El 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán adoptado programas específicos para atraer y formar a estudiantes de poblaciones subatendidas, haciendo hincapié, cuando corresponda, en las comunidades o poblaciones indígenas.
- 19) Las tasas de abandono de las escuelas de medicina y enfermería no pasarán del 20%.
- 20) El 70% de las escuelas de ciencias de la salud y de las escuelas de salud pública estarán acreditadas por una entidad reconocida.

Fuente: Naciones Unidas, Objetivos de desarrollo del Milenio. Una mirada desde América Latina y el Caribe (LC/G.2331-P), J.L. Machinea, A. Bárcena y A. León (coords.), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2005.

En Argentina, Bolivia, Ecuador, México y Perú ha empezado a estructurarse una propuesta de seguro maternoinfantil que formaría parte de las prestaciones ofrecidas por los seguros públicos de salud. Esta responde a una estrategia de focalización de los programas sociales destinada a hacer frente a los alarmantes niveles de desigualdad. Pese a que este tipo de seguros se centra en la atención de las mujeres y de los niños, resultan limitados en la medida en que se ocupan esencialmente de la maternidad y dejan de lado otros componentes básicos de la salud sexual y reproductiva tales como la prevención del cáncer, la violencia, la fecundidad y la atención diferenciada de los adolescentes de ambos sexos. Las experiencias de Bolivia, Chile, Cuba y Honduras muestran la posibilidad de reducir la mortalidad materna de manera significativa y se documentaron adecuadamente en la primera revisión interinstitucional de los objetivos de desarrollo del Milenio (Naciones Unidas, 2005, p. 167).

Los avances muestran cuán importante es incluir estos temas en la agenda gubernamental para el logro de los objetivos de desarrollo del Milenio relacionados con la salud, a lo que también contribuiría la estrecha relación que estos objetivos guardan entre sí, como es el caso del vínculo entre la salud y educación de la mujer y la mortalidad infantil. Ello arroja algunas luces en cuanto a las sinergias que podrían lograrse

entre los programas de salud que históricamente surgieron de manera independiente y que funcionan en forma separada; es el caso de los programas relacionados con la tuberculosis, el VIH/SIDA, el paludismo y los programas de salud reproductiva y maternoinfantil. En este sentido, es preciso conjugar el ejercicio de los derechos reproductivos, la atención profesional obstétrica y del parto y la prevención y curación de determinadas enfermedades.

Sin el menor ánimo de eximir a los sistemas públicos de salud de la responsabilidad de aseguramiento, financiamiento y prestación de servicios, guiados por los principios de universalidad y solidaridad, cabe también reconocer los efectos positivos que pueden tener algunas iniciativas de la sociedad civil. Es el caso, por ejemplo, de experiencias destinadas a reducir la mortalidad infantil y materna, que se documentan en el recuadro VII.3.

Recuadro VII.3

INICIATIVAS COMUNITARIAS QUE HAN INFLUIDO EN LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD INFANTIL Y MATERNA

El concurso Experiencias en innovación social en América Latina y el Caribe, organizada por la CEPAL con el apoyo de la Fundación W.K. Kellogg, identifica las iniciativas novedosas de desarrollo social que aporten ideas para mejorar la salud, la educación, la nutrición, el medio ambiente, la capacidad de generar ingresos, la equidad de género y la responsabilidad social empresarial, entre otras áreas. Se trata de difundirlas para contribuir a mejorar las prácticas y políticas en beneficio de la población más pobre. En el ciclo 2006-2007 se inscribieron un total de 806 iniciativas comunitarias innovadoras provenientes de 20 países de América Latina y el Caribe, cifra que muestra el interés que el programa ha despertado en la región y una de cada seis de ellas apuntaba a mejorar la salud de la población. A continuación se hace una reseña de dos proyectos premiados cuyo objetivo es salud materna e infantil.

1) Trevo de Quatro Folhas – Estratégia de Redução da Morbimortalidade Materna, Prerinatal e Infantil (Brasil), ganador del primer lugar del concurso, ciclo 2006-2007

La estrategia Trébol de cuatro hojas desarrollada por la Secretaria de Salud y Acción Social de Sobral, Ceará, tiene como meta reducir la morbilidad maternoinfantil mediante la reorganización de la atención de salud a las madres y niños durante las etapas prenatal, parto, puerperio y neonatal. Estas constituyen cada una de las cuatro hojas del trébol.

El equipo del Trébol se encargó de organizar el Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna, Perinatal e Infantil que actúa como una red interinstitucional, contando con la participación de las instituciones de enseñanza y de los consejos municipales de Salud, Derechos del Niño y del Adolescente y Derechos de la Mujer. El Comitê investiga todas las muertes maternas, fetales e infantiles para identificar y analizar sus factores determinantes. Las muertes se clasifican según los factores que podrían haberlas evitado, a fin de proponer medidas de intervención para mejorar la calidad de la atención maternoinfantil.

El monitoreo permanente de los indicadores de atención maternoinfantil se realiza a partir de la evaluación de la información contenida en la Libreta de salud de la madre y del niño y de entrevistas a las púerperas en las maternidades. También se identifican los casos de alto riesgo que necesitan el acompañamiento del Trébol. Según lo solicitado a los equipos de salud de familia, el equipo del Trébol de cuatro hojas, que incluye a las “madres sociales”, realiza visitas a domicilio para atender a las embarazadas que se resisten a asistir al control prenatal y elaborar un plan de cuidado de ellas, de las púerperas y de los niños en situación de riesgo clínico y social. Este plan se elabora y aplica en colaboración con la familia acompañada, el equipo de salud de la familia del área y otros sectores.

La participación de las “madres sociales” es un eje clave para el éxito de la estrategia. Ellas son mujeres de la propia comunidad cuya función es acompañar a las madres o niños en riesgo que no cuentan con apoyo familiar. Para ello reciben capacitación como cuidadoras en los domicilios o en el hospital, orientada a la promoción de la salud, la prevención de complicaciones y partos prematuros, al apoyo del amamantamiento, al fortalecimiento de la autoestima y de los vínculos familiares, así como la mejora del cuidado personal, de la maternidad y la paternidad. La participación de la comunidad mediante una contribución mensual como “padrinos y madrinhas sociales”, solidaria con

“articuladoras sociales”, que son voluntarios que participan en las acciones permanentes de difusión, eventos sociales y captación de recursos. En 2006 el proyecto atendió a 1.148 familias a un costo de 175 dólares anuales cada una. Desde sus inicios en 2001, logró aumentar la tasa de atención prenatal y bajar la tasa de mortalidad infantil en la localidad del 29,7 a 16,2 por mil nacidos vivos en 2006.

2) Programa Leche Agogo (Leche en abundancia) – Haití, ganador del primer lugar en el concurso, ciclo 2004-2005

Leche Agogo es un programa de apoyo y desarrollo de la producción lechera familiar en Haití, iniciativa de la organización no gubernamental haitiana Veterimed, cuyo objetivo es contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida de los campesinos mediante el apoyo técnico de sus unidades familiares. Inicialmente, Veterimed recibió un apoyo financiero externo (Oxfam, CORDAID, VSF) para organizar la primera unidad experimental y en la actualidad los productos se fabrican en 10 pequeñas unidades repartidas en todo el territorio nacional. Las demás 9 lecherías se iniciaron con fondos propios de grupos comunitarios y asociaciones de campesinos. El proyecto organiza a los pequeños productores lecheros para mejorar sus condiciones de producción e ingresos y se apoya en un sistema de diagnóstico participativo que conduce a la creación de microunidades de procesamiento de la leche y la creación de una asociación de productores. Paralelamente, logran legalizar la propiedad de las tierras, trabajando en conjunto con instituciones de gobierno. También han desarrollado técnicas para la producción de forraje y nuevos esquemas de manejo de la población ganadera para mejorar el acceso al agua.

Todas las lecherías de la red nacional funcionan bajo la supervisión y asesoramiento de Veterimed, dueño de la marca “Lèt Agogo”. Los responsables han recibido capacitación por parte de la entidad y hoy en día son aproximadamente 500 campesinos organizados en asociaciones que abastecen las diferentes lecherías de la red. En los últimos 10 años se ha capacitado a más de 1.000 agentes veterinarios campesinos. Estos montaron la Red Entévét y desde el año 1999 la mayoría ha recibido un reconocimiento oficial del Ministerio de Agricultura para vacunar en las fincas. En torno a cada lechería se trabaja para reforzar los servicios técnicos y el establecimiento de programas sanitarios.

Haití importa anualmente más de 40 millones de dólares en productos lácteos, lo que sitúa a la leche en el segundo lugar de importancia en materia de importaciones de alimentos. La producción nacional representa menos del 30% del consumo y la mayoría de las unidades comerciales del mercado interno cerraron en la última década. En este sentido, el proyecto Leche Agogo contribuye significativamente a la seguridad alimenticia y nutricional del país, ya que sus unidades son prácticamente las únicas empresas que procesan y valorizan la leche producida localmente. Esta iniciativa, que ha permitido organizar a los pequeños productores lecheros para mejorar sus condiciones de producción, comercialización e ingresos, obtuvo el primer lugar del concurso.

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Banco de proyectos [en línea] <http://www.cepal.org/dds/innovacionsocial/e/proyectos>.

En general, en la región se ha producido una mejora en la calidad de las políticas, programas y normas referentes a la salud sexual y reproductiva, basada en la concepción de los derechos reproductivos como parte de los derechos humanos, en la equidad social y de género y en el empoderamiento de las mujeres y los adolescentes. Se han desarrollado programas nacionales de salud de los adolescentes y se han creado unidades especiales para su atención en los establecimientos pertinentes, así como para la prestación de servicios de promoción, prevención y tratamiento que hacen hincapié en la salud sexual, y se realizan actividades orientadas expresamente a la prevención del embarazo no planificado y a la atención de las madres adolescentes. Paralelamente, se ha reforzado la formación de recursos humanos en materia de prácticas de atención, el mejoramiento de calidad de los servicios de salud y la oferta de anticonceptivos para la población adolescente, entre otras iniciativas mediante talleres en que se dan a conocer a grupos de jóvenes sus derechos reproductivos y de salud. Pero cabe reiterar que a pesar de estas múltiples actividades, se requiere un mayor apoyo político para que en los procesos de reforma del sector de la salud se dé

prioridad a las actividades relacionadas con los derechos y la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, considerando que será imposible lograr los objetivos de desarrollo del Milenio relacionados con la salud materna a menos que se inviertan recursos y adopten medidas eficaces orientadas a los adolescentes y jóvenes (Naciones Unidas, 2005).

La relevancia de los objetivos de desarrollo del Milenio ha sido ampliamente reconocida. El Consenso de Iquique adoptado por la IX Conferencia Iberoamericana de Ministras y Ministros de Salud, realizada en julio de 2007 en Iquique, Chile, subrayó su importancia para las políticas que fomentan la cohesión social desde la perspectiva de la salud a partir de una perspectiva multisectorial e intercultural basada en el enfoque de derechos, que distinga los factores determinantes de la salud, que contemple los aspectos de género y etnia y reconozca, a esos efectos, los principios y estrategias de la atención primaria de salud como elemento central para aumentar exitosamente la protección social en esta materia.

Pero el compromiso asumido por los gobiernos en relación con los objetivos de desarrollo del Milenio en la región sigue siendo un desafío, ya que pocas son las circunstancias en que se han integrado plenamente en las políticas. En el diagnóstico sobre la salud del presente informe se advierte sobre la necesidad de reforzar la voluntad política no solo en el plano nacional, sino también en los ámbitos subregional y regional, para priorizar la agenda de salud pública que es vital en ese camino. Tampoco cabe la autocomplacencia cuando se logra alcanzar las metas fijadas para ciertos indicadores de los objetivos de desarrollo del Milenio, ya que deben analizarse siempre en su conjunto; por ejemplo, se ha visto que un determinado umbral de atención del parto no garantiza la disminución de la mortalidad materna, pues también depende de la eficacia y calidad de la atención de los servicios de salud y de otros factores socioeconómicos y ambientales.

A manera de conclusión, cabe subrayar que el derecho a la salud supone reforzar la gobernabilidad democrática en un marco de cohesión social y de derechos humanos, bajo el principio de que ningún ciudadano debe ser excluido de los beneficios del desarrollo y privado del derecho a la salud. Solo así podrá materializarse en nuestra región la aspiración universal contenida en los objetivos de desarrollo del Milenio relacionados con la salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Acuña, Cecilia (2008), “Impactos sanitarios de las reformas de salud, una visión regional”, *Qué ha pasado con las reformas de salud en América Latina*, Ediciones seminarios FONASA, año 2, N° 2, Santiago de Chile, Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Fondo Nacional de Salud (FONASA).
- Atalah, Eduardo y Marcelo Pizarro (2008), “Análisis de las mejores prácticas recientes en América Latina en políticas de nutrición para cumplir con los objetivos de desarrollo del Milenio”, documento de consultoría, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), inédito.
- Banco Mundial (2003), *Gender Equality and the Millennium Development Goals*, Washington, D.C.
- _____ (1993), *Informe sobre el desarrollo mundial 1993: invertir en salud*, Nueva York, Oxford University Press.
- Beck, Ulrich (1999), *La invención de lo político*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.
- Barker, D.J.P. (2004), “The developmental origins of adult disease”, *Journal of the American College of Nutrition*, N° 23.
- Behrman, J. y J. Hoddinott (2000), “An evaluation of the impact of Progresá on pre-school child height”, Washington, D.C. [en línea] <http://www.ifpri.org/divs/fcnd/dp/papers/fcndp104.pdf>.
- Behrman, J. y P. Todd (1999), “Randomness in the experimental samples of Progresá (Education, Health and Nutrition Program)”, Washington, D. C., [en línea] http://www.ifpri.org/themes/progresá/pdf/BehrmanTodd_random.pdf.
- Behrman, J., H. Alderman y J. Hoddinott (2004), *Hunger and Malnutrition, Copenhagen Consensus – Challenges and Opportunities*, Washington, D.C.
- Bergsj, P. (2001), “What is the evidence for the role of antenatal care strategies in the reduction of maternal mortality and morbidity? Safe motherhood strategies: a review of the evidence”, *Studies in Health Services, Organization and Policy*, N° 17, V. De Brouwere y E. Van Lerberghe (eds).
- Bitrán, Ricardo (2008), “Estimación del costo de alcanzar los objetivos del Milenio en salud en algunos países de América Latina y el Caribe. Primer informe”, enero, inédito.
- Bitrán, Ricardo y otros (2008), “Estimación del costo de alcanzar los objetivos del Milenio en salud en América Latina y el Caribe”, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), marzo, inédito.
- Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes (2007), *Encuesta Nacional de Nutrición según niveles de Vulnerabilidad a la Inseguridad Alimentaria*, La Paz, Instituto Nacional de Estadísticas (INE).
- Brabin, B., M. Hakimi y P. Pelletier (2001), “An Analysis of anaemia and pregnancy-related maternal mortality”, *Journal of Nutrition*, N°131.
- Castro, Juan Francisco y otros (2006), “A systemic assessment of MDG achievement. The case of Guatemala”, Lima, Universidad del Pacífico, inédito.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2007a), *Cohesión social. Inclusión y sentido de pertenencia en América Latina y el Caribe* (LC/G.2335) Santiago de Chile, enero.
- _____ (2007b), *Panorama social de América Latina, 2007* (LC/G.2351-P/E), Santiago de Chile, noviembre.
- _____ (2006), *La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad* (LC/G.2294(SES.31/3)), Santiago de Chile.
- _____ (2004), *Panorama social de América Latina, 2002-2003* (LC/G.2209-P), Santiago de Chile, marzo. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.03.II.G.185.
- _____ (2000), *Equidad, desarrollo y ciudadanía* (LC/G.2071(SES.28/3)), Santiago de Chile.
- CEPAL/PMA (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Programa Mundial de Alimentos) (2007), *El costo del hambre. Análisis del impacto social y económico de la desnutrición infantil en América Latina. Resultados del estudio en Centroamérica y República Dominicana* (LC/W.100), Santiago de Chile.
- CEPAL/FAO/PMA (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación/Programa Mundial de Alimentos) (2007), “Hambre y cohesión social. Cómo revertir la relación entre inequidad y desnutrición en América Latina y el Caribe”, Santiago de Chile.
- Chile, Ministerio de Salud (2007), “Estudio nacional sobre satisfacción y gasto en salud. Módulo de resultados sobre gasto de bolsillo”, Santiago de Chile, Organización Mundial de la Salud (OMS) y División de Planificación Sanitaria, marzo.

- _____ (2006), *Evaluación del estado de avance en el cumplimiento de Objetivos sanitarios y de Metas destinadas a disminuir las desigualdades en salud*, Santiago de Chile, octubre.
- CSDH (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud) (2007), “Priority Public Health Conditions., Scoping paper”, Priority Public Health Conditions Knowledge Network, enero, inédito.
- Del Popolo, Fabiana y Ana María Oyarce (2005), “Población indígena de América Latina: perfil sociodemográfico en el marco de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y de las metas del Milenio”, *Notas de población*, N° 79 (LC/G.2284-P/E), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Devarajan, S., M. Miller y E. Swanson (2002), *Goals for Development: History, Prospects and Costs*, Washington, D.C., Banco Mundial.
- Escobar, Liliana (2008), “Costo de alcanzar los objetivos del Milenio en salud. Identificación de intervenciones sanitarias para alcanzar los objetivos del Milenio en salud y cobertura y eficacia de dichas intervenciones”, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), marzo, inédito.
- Escobar, María Luisa y otros (2007), “Ten years of health system reform: health care financing lessons from Colombia”, junio, inédito.
- Ezzati, M. y otros (2002), “Selected major risk factors and global and regional burden of disease”, *The Lancet*, vol. 360, N° 2.
- De Caballero, E. y otros (2004), “Evaluación del impacto nutricional del Programa de Alimentación Complementaria de Panamá en niños menores de 5 años”, *Archivos latinoamericanos de nutrición*, N° 54.
- De Ferranti, David. y otros (2004), *Desigualdad en América Latina y el Caribe. ¿Ruptura con la historia?*, Washington, D.C., Banco Interamericano de Desarrollo (BID).
- FAO (Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación) (2006), *El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo, 2006. La erradicación del hambre en el mundo: evaluación de la situación 10 años después de la Cumbre Mundial sobre la Alimentación*, Roma.
- _____ (2004), *El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo, 2004. Seguimiento de los avances en la consecución de los objetivos de la Cumbre Mundial sobre la Alimentación y de los objetivos de desarrollo del Milenio*, Roma.
- Fernald, L.C. y otros (2008), “Role of cash in conditional cash transfer programmes for child health, growth, and development: an analysis of Mexico’s Oportunidades”, *The Lancet*, N° 371.
- Filmer, D. y L. Pritchett (2001), “Estimating wealth effects without expenditure data-or tears: An application to educational enrollments in States of India”, *Demography*, vol. 38.
- Flórez, Carmen Elisa y otros (2007), *Avances y desafíos de la equidad en el sistema de salud colombiano*, Bogotá, D.C., Fundación Corona, primera edición.
- Galván, M. y H. Amigo (2008), “Programas destinados a disminuir la desnutrición crónica. Una revisión en América Latina”, *Archivos latinoamericanos de nutrición*, N° 57, en prensa.
- Gómez Sabaini, Juan Carlos (2006), “Cohesión social, equidad y tributación. Análisis y perspectivas para América Latina”, *serie Políticas sociales*, N° 127 (LC/L.2641-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.06.II.G.167.
- Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2006), *Indicadores para el seguimiento de los objetivos de desarrollo del Milenio: definiciones, justificación, conceptos y fuentes* (ST/ESA/STAT/SER.F/95), Nueva York.
- Grupo de Río (Grupo de expertos sobre estadísticas de pobreza) (2006), *Compendium of Best Practices in Poverty Measurement*, Río de Janeiro, septiembre.
- Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencias Social (2002), *IV Encuesta nacional de salud materno infantil*, Ciudad de Guatemala.
- Guilkey, D. y R. Riphahn. (1998), “The determinants of child mortality in the Philippines: estimation of a structural model”, *Journal of Development Economics*, N° 56.
- Gwatkin Davidson R. y otros (2007), “Socio-economic differences in health, nutrition, and population”, Washington, D.C., Banco Mundial [en línea] <http://go.worldbank.org/XJK7WKSE40>.
- Haití, Ministerio de salud pública y población (2001), *Enquête mortalité, morbidité et utilisation des services , Haiti 2000* .

- Hartgen, K. y M. Misselhorn (2006), “A multilevel approach to explain child mortality and undernutrition in South Asia and Sub-Saharan Africa”, documento presentado en la conferencia “Advancing Equity in Health”, Instituto Mundial de Investigaciones de Economía del Desarrollo (WIDER) [en línea] <http://opus.zbw-kiel.de/volltexte/2006/4743/pdf/Misselhorn.pdf>.
- Hill, Kenneth y otros (2007), “Estimates of maternal mortality worldwide between 1990 and 2005: an assessment of available data”, *The Lancet*, vol. 370, septiembre.
- Hobcraft, J. (1993), “Women’s education, child welfare and child survival: A review of evidence” *Health Transition Review*, N° 3.
- Hoddinott, J. y E. Skoufias (2003), “The impact of PROGRESA on food consumption”, *IFPRI Discussion Paper*, N° 150, Instituto Internacional de Investigaciones sobre Políticas Alimentarias (IFPRI), mayo.
- Ibáñez, Ana María y Andrea Velásquez (2008), “El impacto del desplazamiento forzoso en Colombia: condiciones socioeconómicas de la población desplazada, vinculación a los mercados laborales y políticas públicas”, informe de consultoría, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), inédito.
- _____ (2006), “El proceso de identificación de víctimas de los conflictos civiles: una evaluación para la población desplazada en Colombia”, *documento CEDE*, N° 2006-36, Bogotá, Centro de Estudios sobre Desarrollo Económicos, Facultad de Economía, Universidad de los Andes.
- IFPRI (Instituto Internacional de Investigaciones sobre Políticas Alimentarias) (2003), *Sexto informe: Proyecto PRAF/BID, Fase II: Impacto intermedio*, Washington, D.C, Banco Mundial.
- _____ (2002), “Evaluation design for the pilot phase of the Nicaraguan Red de Protección Social, Report submitted to the Red de Protección Social”, Washington, D.C.
- _____ (2001), *Cuarto informe: Proyecto PRAF/BID, Fase II*, Washington, D.C.
- Ivanovic, Danitza y otros (2000), “Long-term effects of severe undernutrition during the first year of life on brain development and learning in Chilean high-school graduates”, *Nutrition*, N° 16.
- Knaul, Felicia y otros (2003), “El sistema de protección social en salud de México: efectos potenciales sobre la justicia financiera y los gastos catastróficos de los hogares”, *Caleidoscopio de la salud*, F. Knaul y G. Nigenda, México, D.F., Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD).
- Larrea, C. e I. Kawachi (2005), “Does economic inequality affect child malnutrition? The case of Ecuador”, *Social Science and Medicine*, vol. 60.
- León, A. y otros (2004), “Pobreza, hambre y seguridad alimentaria en Centroamérica y Panamá”, *serie Políticas sociales*, N° 88 (LC/L.2134-P/E), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.03.II.G.63 .
- Leroy, J.L. y otros (2008), “The Oportunidades program increases the linear growth of children enrolled at young ages in urban Mexico”, *Journal of Nutrition*, N° 138.
- López, A. y otros (2004), “Guatemala: costos unitarios de los servicios de atención primaria en establecimientos públicos de salud”, Proyecto PHRplus.
- Machinea, José Luis (2008), “El alza de los precios de alimentos puede aumentar la pobreza e indigencia en más de diez millones de personas en América Latina y el Caribe”, Comunicado de prensa, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 19 de abril [en línea] <http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/prensa/noticias/comunicados/3/32773/P32773.xml&xsl=/prensa/tpl/p6f.xsl&base=/tpl/top-bottom.xsl> .
- Macinko, J. y otros (2006), “Evaluation of the impact of the family health program on infant mortality in Brazil, 1990-2002”, *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 60.
- Maluccio, J. y R. Flores (2004), “Impact evaluation of a conditional cash transfer program: the Nicaraguan Red de Protección Social”, *IFPRI Discussion Paper*, N° 184, Instituto Internacional de Investigaciones sobre Políticas Alimentarias (IFPRI).
- Marcoux, A. (2002), “Sex differentials in undernutrition: A look at survey evidence”, *Population and Development Review*, vol. 28.
- Martínez, Rodrigo (coord.) (2005), “Hambre y desigualdad en los países andinos. La desnutrición y la vulnerabilidad alimentaria en Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú”, *serie Políticas sociales*, N° 112 (LC/L.2400-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Programa Mundial de Alimentos (PMA). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.05.II.G. 147.

- Martínez, Rodrigo y Andrés Fernández (2006a), “Desnutrición infantil en América Latina y el Caribe”, *Boletín Desafíos*, N° 2, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), abril.
- _____ (2006b), “Modelo de análisis del impacto social y económico de la desnutrición infantil en América Latina”, *serie Manuales*, N° 52 (LC/L.2650-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.06.11.G.175.
- Mason, J, y otros (2005), “Recent trends in malnutrition in developing regions: Vitamin A deficiency, anemia, iodine deficiency, and child underweight”, *Food and Nutrition Bulletin*, vol. 26, N° 1.
- Medici, A. (2001), “Brasil. Financiamiento y gasto público en salud en los años ’90”, Washington, D.C., Banco Interamericano de Desarrollo (BID).
- México, Instituto Nacional de Salud Pública (2006), *Encuesta nacional de salud y nutrición 2006*, Cuernavaca.
- Murray, Christopher y otros (2007), “Can we achieve Millenium Development Goal 4? New analysis of country trends and forecasts of under-5 mortality to 2015”, *The Lancet*, vol. 370, septiembre
- Naciones Unidas (2005), *Objetivos de desarrollo del Milenio. Una mirada desde América Latina y el Caribe* (LC/G.2331-P), J.L. Machinea, A. Bárcena y A. León (coords.), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- _____ (2001), *Guía general para la aplicación de la Declaración del Milenio. Informe del Secretario General* (A/56/326), Nueva York, septiembre.
- OIT (Organización Internacional del Trabajo) (2005), *Panorama laboral 2005. América Latina y el Caribe*, Lima, Oficina Regional para América Latina y el Caribe.
- OMS (Organización Mundial de la Salud), *Informe sobre la salud en el mundo, 2006. Colaboremos por la salud*, Washington, D.C.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (2007a), *La renovación de la atención primaria de salud en las Américas*, Washington, D.C.
- _____ (2007b), *Salud en las Américas 2007*, 2 vols., Washington D.C.
- _____ (2007c), *Situación de salud en Las Américas: indicadores básicos*, Washington, D.C.
- _____ (2006), “La salud neonatal en el contexto de la salud de la madre, el recién nacido, y el niño para cumplir los objetivos de desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas” (CD/47.12), Washington, D.C.
- _____ (2004), “Los objetivos de desarrollo del Milenio y las metas de salud” (CD45/8), documento presentado al cuadragésimo quinto Consejo Directivo, Washington, D.C., 27 de septiembre al 1° de octubre.
- _____ (2003), “Atención primaria de salud en las Américas: las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros” (CD44/9), documento presentado al cuadragésimo cuarto Consejo Directivo, Washington, D.C., 22 al 26 de septiembre.
- _____ (2002), “Ampliación de la protección social en materia de salud: iniciativa conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo” (CSP26.R19), vigésima sexta Conferencia Sanitaria Panamericana, Washington, D.C., 23 al 27 de septiembre.
- _____ (2000), “Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud”, *Revista Panamericana de salud pública*, vol. 8, N° 1/2.
- OPS/OMS/OSDI (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud/Organismo Sueco de Cooperación para el Desarrollo Internacional) (2003), “Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe”, *serie Extensión de la protección social en salud*, N° 1, Washington, D.C.
- Ortiz, M. (2002), “¿De qué mueren las mujeres?”, *Agenda salud. ISIS Internacional*, N° 28, octubre/diciembre.
- Panamá, Ministerio de Salud (1999), *Encuesta Nacional de vitamina A y anemia*, Ciudad de Panamá
- Paraje Guillermo (2008), “Evolución de la desnutrición crónica y sus distribución socioeconómica en siete países de América Latina y el Caribe”, *serie Políticas sociales*, N° 140 (LC/L.2878-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.08.II.G.17.
- Paxton, A. y otros (2006) “Global patterns in availability of emergency obstetric care”, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 93.
- Perticara, Marcela (2008a), “Incidencia de los gastos de bolsillo en salud en siete países latinoamericanos”, *serie Políticas sociales*, N° 141 (LC/L.2879-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), en prensa.

- _____ (2008b), “Un análisis descriptivo de gastos de bolsillo en salud en Bolivia, Honduras, Nicaragua, Perú y República Dominicana”, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), inédito.
- Perú, Ministerio de Salud Pública (2005), *Monitoreo nacional de indicadores nutricionales*, Lima, Instituto Nacional de Salud.
- Prah Ruger, J. y H.-j. Kim (2007), “Out-of-pocket healthcare spending of the poor and chronically ill in the Republic of Korea”, *American Journal of Public Health*, vol. 97, N° 5.
- Rivera, Juan y otros (2004), “Impact of the Mexican Program for Education, Health, and Nutrition (Progresa) on rates of growth and anemia in infants and young children”, *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, vol. 291, N° 21.
- Rivera, Juan y Jaime Sepúlveda Amor (2003), “Conclusions from the Mexican National Nutrition Survey 1999: translating results into nutrition policy”, *Salud pública de México*, vol. 45.
- Rodríguez, Adrián (2008), “Seguridad alimentaria y biocombustibles”, en *Biocombustibles como energía alternativa: una mirada hacia la región*, Centro Ecuatoriano de Derecho Ambiental, Quito (en prensa).
- Rodríguez, Adolfo (2007), “Reformas de salud y nuevos modelos de atención primaria en América Central”, *Desempeño económico y política social en América Latina y el Caribe. Los retos de la equidad, el desarrollo y la ciudadanía*, Ana Sojo y Andras Uthoff (comps.), México, D.F., Editorial Fontamara.
- Runge, C. Ford y Benjamin Senauer (2007), “How biofuels could starve the poor”, *Foreign Affairs*, mayo-junio.
- Sachs, Jeffrey (2001), *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*, Ginebra, Comisión Mundial de la OMS sobre Macroeconomía y Salud.
- Sánchez, Marco (2007), “Crecimiento exportador, régimen cambiario y choques externos en Centroamérica: alcances y limitaciones para el bienestar social”, *Desempeño económico y política social en América Latina y el Caribe: los retos de la equidad, el desarrollo y la ciudadanía*, Ana Sojo y Andras Uthoff (comps.), México, D.F., Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Fontamara.
- Sanghvi, T. y otros (eds.) (2007) “Vitamin and mineral deficiencies technical situation analysis: a report for the Ten Year Strategy for the Reduction of Vitamin and Mineral Deficiencies”, *Food and Nutrition Bulletin*, N° 28.
- Sauma, Pablo (2007), “Volatilidad del crecimiento y sus efectos sociales en los países del istmo centroamericano 1990-2002”, *Desempeño económico y política social en América Latina y el Caribe: los retos de la equidad, el desarrollo y la ciudadanía*, Ana Sojo y Andras Uthoff (comps.), México, D.F., Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Fontamara.
- SCN (Comité Permanente de Nutrición) (2004), *On The World Nutrition: Nutrition for Improved Development Outcomes. Fifth Report*, Ginebra.
- Sen, Aymarta (1982), *Poverty and Famines: An Essay on Entitlements and Deprivation*, Oxford, Clarendon.
- Serra, José y José Roberto Afonso (2007), “Tributación, seguridad y cohesión social en Brasil”, *serie Políticas sociales*, N° 133 (LC/L.2723-P/E), Santiago de Chile, septiembre. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.07.II.G.64.
- Simmons, W.K. (1994), “Control of iron and other micronutrients deficiencies in the English-Speaking Caribbean”, *Bulletin of PAHO*, vol. 28, N° 4.
- Smith, L., M. Ruel y A. Ndiaye (2005), “Why is child malnutrition lower in urban than in rural areas? Evidence from 36 developing countries”, *World Development*, vol. 33.
- Sojo, Ana (2007) “La trayectoria del vínculo entre políticas selectivas contra la pobreza y políticas sectoriales”, *Revista de la CEPAL*, N° 91 (LC/G.2333-P/E), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), abril.
- _____ (2006) “La garantía de prestaciones en salud en América Latina. Equidad y reorganización de los cuasimercados a inicios del Milenio”, *serie Estudios y perspectivas*, N° 44 (LC/MEX/L.708), México, D.F., sede subregional de la CEPAL en México, febrero. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.06.II.G.9.
- _____ (2003), “Vulnerabilidad social, aseguramiento y diversificación de riesgos en América Latina y el Caribe”, *Revista de la CEPAL*, N° 80 (LC/G.2204-P/E), agosto.
- Sollar Orielle y otros (2007), “A conceptual framework for action on the social determinants of health”, documento preparado para la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, abril, inédito.
- Súarez Rubén, Amparo Gordillo y Patricia Vane (2007), “National health care expenditure and financing of national health systems and health care services in the Americas”, documento preparado como contribución para

- la publicación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) titulada *La salud en las Américas, 2007*, inédito.
- Sumpsi, José María (2008), “En China e India ahora quieren filete”, entrevista al Subdirector de la FAO, *Dairo El País*, Madrid, 21 de abril.
- UNFPA/EAT (Fondo de Población de las Naciones Unidas/Equipo de Apoyo Técnico) (2004), “Pobreza, salud sexual y reproductiva y derechos humanos”, México, D.F., diciembre.
- UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) (2007a), *Estado mundial de la infancia, 2007*, Nueva York.
- _____ (2007b), “MBB Tool Technical Notes”, versión 4.0, noviembre.
- _____ (2006a), *Estado mundial de la infancia, 2006*, Nueva York.
- _____ (2006b), “A User Guide for the Marginal Budgeting for Bottlenecks Toolkit”, agosto.
- _____ (2005), *Estado mundial de la infancia, 2005*, Nueva York.
- UNICEF/Banco Mundial (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia/Banco Mundial) (2007) “Marginal Budgeting for Bottlenecks: A tool for performance based programming and budgeting of health system’s contributions to MDGs,” versión 4.0, septiembre.
- Valdivia, Martín (2004), “Poverty, health infraestructura and the nutrition of Peruvian children”, *Economics and Human Biology*, vol. 2.
- Van de Poel, E., O. O’Donnell y E. van Doorslaer (2007), “Are urban children really healthier? Evidence from 47 developing countries”, *Social Science and Medicine*, vol. 65, N° 10, noviembre.
- Van de Poel, E. y otros (2006), “Malnutrition and socioeconomic gaps in malnutrition in Ghana”, Organización Mundial de la Salud (OMS), inédito.
- Vásquez, M. (2005), “Políticas y programas de protección social para la promoción de la nutrición en la AEC”, documento presentado en la consulta técnica “Desarrollo social equitativo a través de la superación del hambre y la desnutrición en los países de la AEC”, Panamá, mayo.
- Vos, Rob, Marco Sánchez y Cornelia Kaldewei (2008), “Latin America and the Caribbean’s Challenge to Reach the MDGs: Financing Options and Trade-offs”, capítulo II del libro en preparación del proyecto Maquette for MDGs Simulation (MAMS), Banco Mundial, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (DESA), febrero, inédito.
- Vos, Rob, Marco Sánchez y Keiji Inoue (2007), “Constraints to achieving the MDGs through domestic resource mobilisation”, *DESA Working Papers*, N° 36 (ST/ESA/2007/DWP/36), Nueva York.
- Wagstaff, Adam y Marian Claeson (2004), *The Millenium Development Goals for Health. Rising to the Challenges*, Washington, D.C., Banco Mundial.
- Wagstaff, Adam, Eddy van Doorslaer y Naoko Watanabe (2003), “On decomposing the causes of health sector inequalities with an application to malnutrition inequalities in Vietnam”, *Journal of Econometrics*, vol. 112.
- Whitehead, Margaret (1991), “The concepts and principles of equity and health”, *Health Promotion International*, vol. 6, N° 3, Oxford University Press.
- Xu, K. (2005) “Distribution of health payments and catastrophic expenditures. Methodology” *WHO Discussion paper*, N° 2, Ginebra.
- Xu, K., D.Evans y A.M. Aguilar Rivera (2005) “Designing health financing systems to reduce catastrophic health expenditure”, *WHO Technical Briefs for Policy-Makers*, N° 2, Ginebra.
- Xu, K. y otros (2003a), “Household catastrophic health expenditure: a multi-country analysis” *The Lancet*, N° 362.
- Xu, K. y otros (2003b), “Household health system contributions and capacity to pay: definitional, empirical and technical challenges”, *Health Systems Performance Assessment*, C. Murray y D. Evans (eds), Ginebra, Organización Mundial de la Salud (OMS), cap. 39.
- Yamada, Gustavo y Francisco Castro (2007), “Costing MDG achievement in Peru and policy implications: a play in three acts”, Lima, Universidad del Pacífico, inédito.