



CEPAL



OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

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

Ana Sojo
DDS, CEPAL, Santiago de Chile



América Latina y el Caribe: una región de riesgo social alto y dinámico

- reducción gradual pobreza desde 90s, frenada e inestable
- volatilidad del consumo privado alta, supera PIB
- empleo de mala calidad; calidad RH
- indicadores distributivos
- vastos sectores adyacentes a línea de pobreza
- efectos intra- e intergeneracionales de estrategias vs. shocks
- transición epidemiológica polarizada
- progreso incompleto equidad de género
- población desplazada
- estructuras familiares en transformación

Equidad vs. desigualdad en salud y factores sociales determinantes

- desigualdad en salud: diferencias injustas y evitables a que pueden prevenirse y corregirse (OPS)
- equidad en salud: igual acceso a la atención para igual necesidad; igual atención para igual necesidad; igual calidad de atención para todos (Whitehead, 1990)
- distribución primaria del ingreso y dinámica del mercado laboral; distribución espacial de la población; sistemas de aseguramiento; segregaciones raciales y étnicas; discriminación género; etáreas; sesgos localización espacial de los servicios de salud; fuentes financiamiento; alimentación y cultura salud; provisión agua potable y saneamiento/medio ambiente; educación; transición demográfica





El progreso de la región es muy desigual

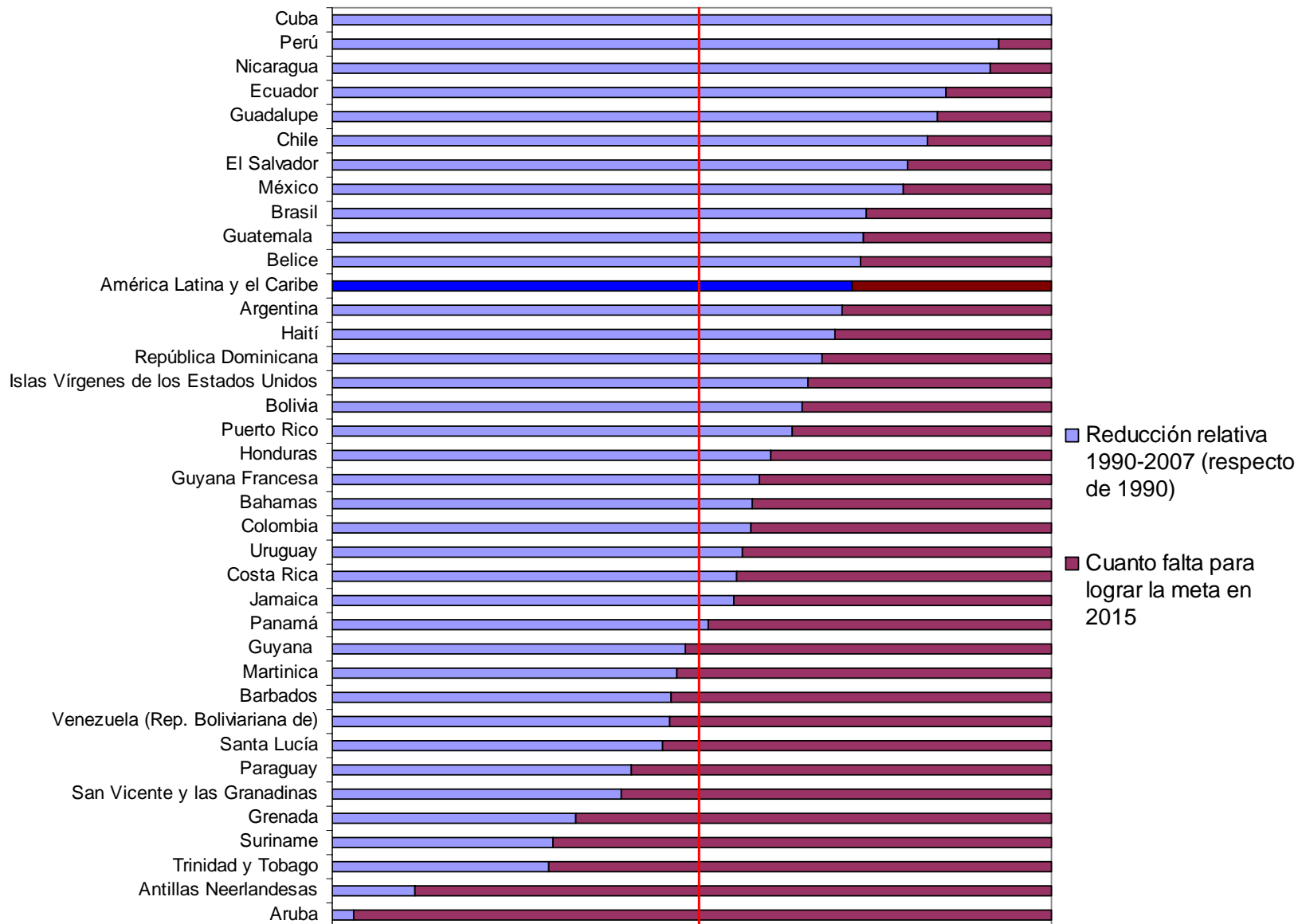
- Mientras que algunos países están en capacidad de alcanzar los ODM,
- otros no parecen acercarse a ellos,
- y algunos tienen indicadores inquietantes e inaceptables.
- Pero, en todos los casos, se requieren esfuerzos adicionales, de diversa magnitud.
- Estos esfuerzos tienen un muy diverso carácter: financiero y contributivo, institucional, jurídico, organizativo. Requieren calificación de recursos humanos.



La muerte prematura en la región

- De cada doce millones de infantes que nacen cada año, 400 000 mueren antes de su quinto cumpleaños, 270 000 antes de cumplir su primer año, y 180 000 durante su primer mes de vida.
- Al 2007, sin embargo, el progreso de la región era notable: la mortalidad infantil era la más baja del mundo en desarrollo y su reducción la más rápida de todas las regiones.
- La región ha logrado reducir la mortalidad infantil en 48,2%, lo necesario para estar en línea con el cumplimiento de la meta. Sin embargo, para cumplir la meta en 2015 debe reducirla en los próximos años a un ritmo de 5,6% anual.

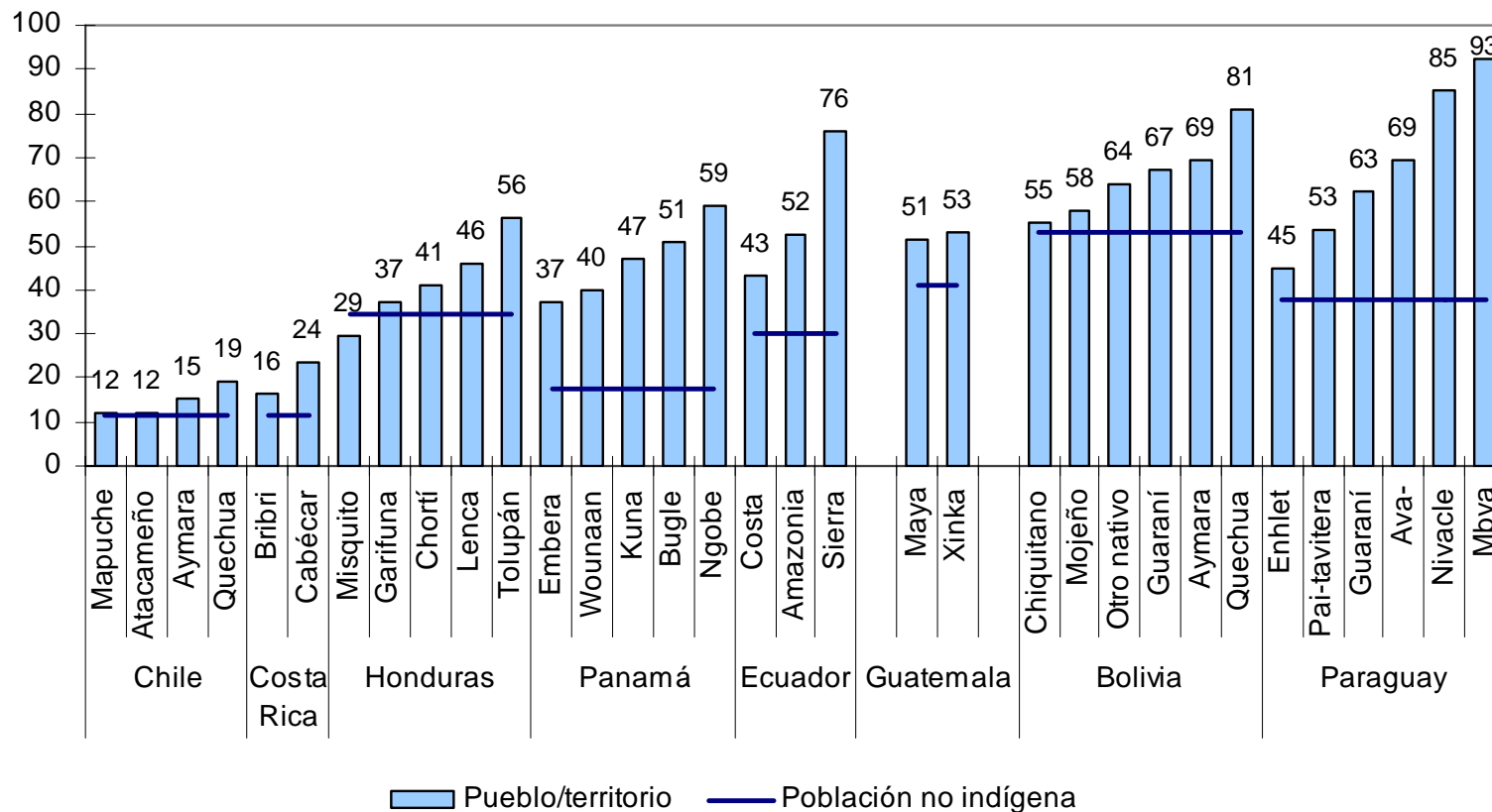
Avance en la reducción de la mortalidad infantil entre 1990-2007 en relación a la meta de milenio



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), con tabulaciones de United Nations, World Population Prospects, The 2006 Revision Database

El efecto de la discriminación étnica se advierte en las tasas de mortalidad infantil, singulares por país

Por 1000 nacidos vivos



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2007), *Panorama Social 2006* (LC/G.2326-P), Santiago de Chile, febrero



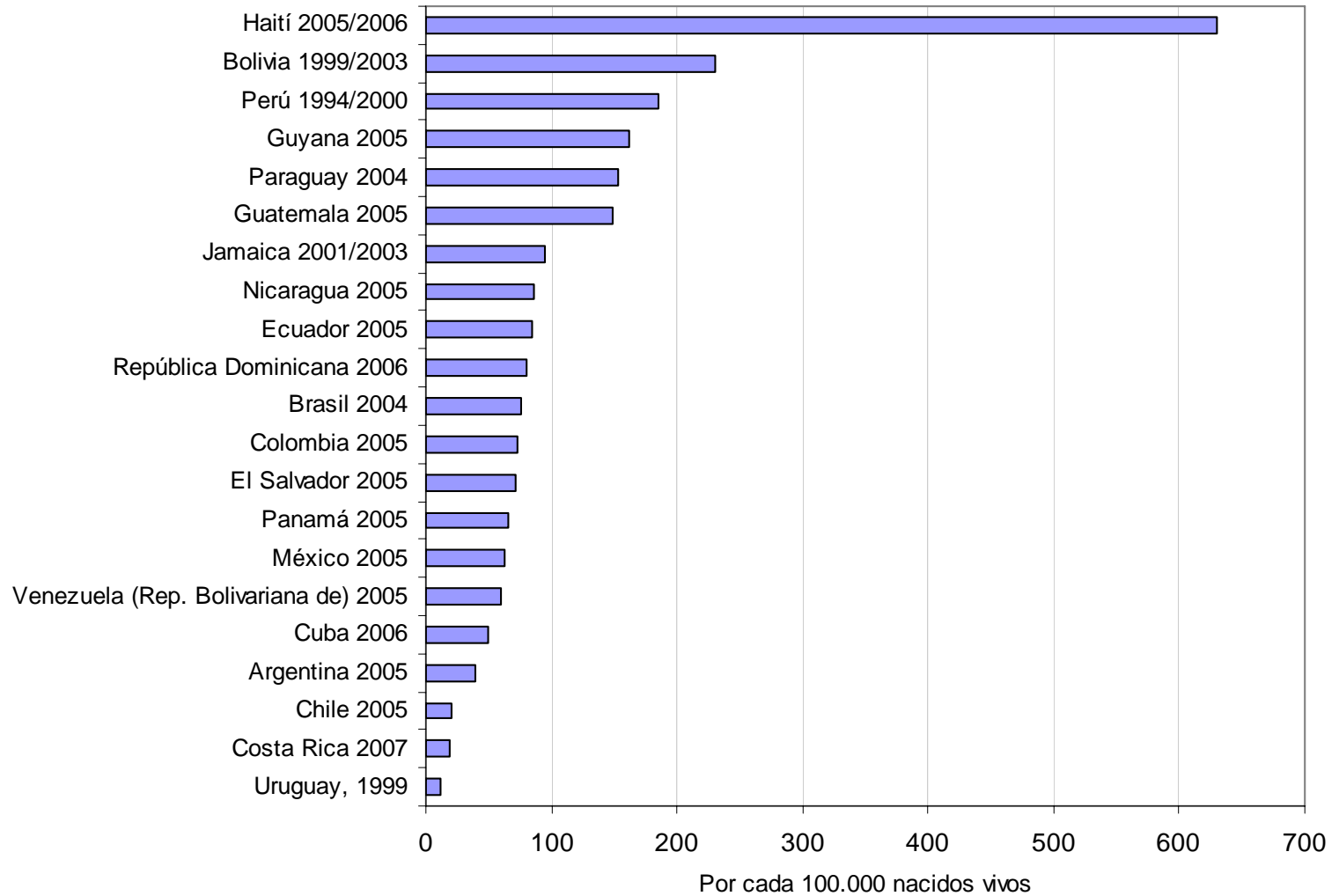


La mortalidad materna

- Si bien acusó un descenso de 1997-2005, es preocupante el número absoluto de muertes y el virtual estancamiento –con algunas excepciones- de las tasas.
- Los sesgos relacionados con la pobreza y con el género deben ser tomados en consideración, al igual que los derechos reproductivos.
- Hemorragias (20%), toxemia (22%), complicaciones en el puerperio (15%) y otras causas directas (17%) son las principales causas de muerte.
- Carencias de cobertura por personal de salud especializado
- Debilidad de servicios de planificación familiar y de tratamiento de enfermedades de transmisión sexual



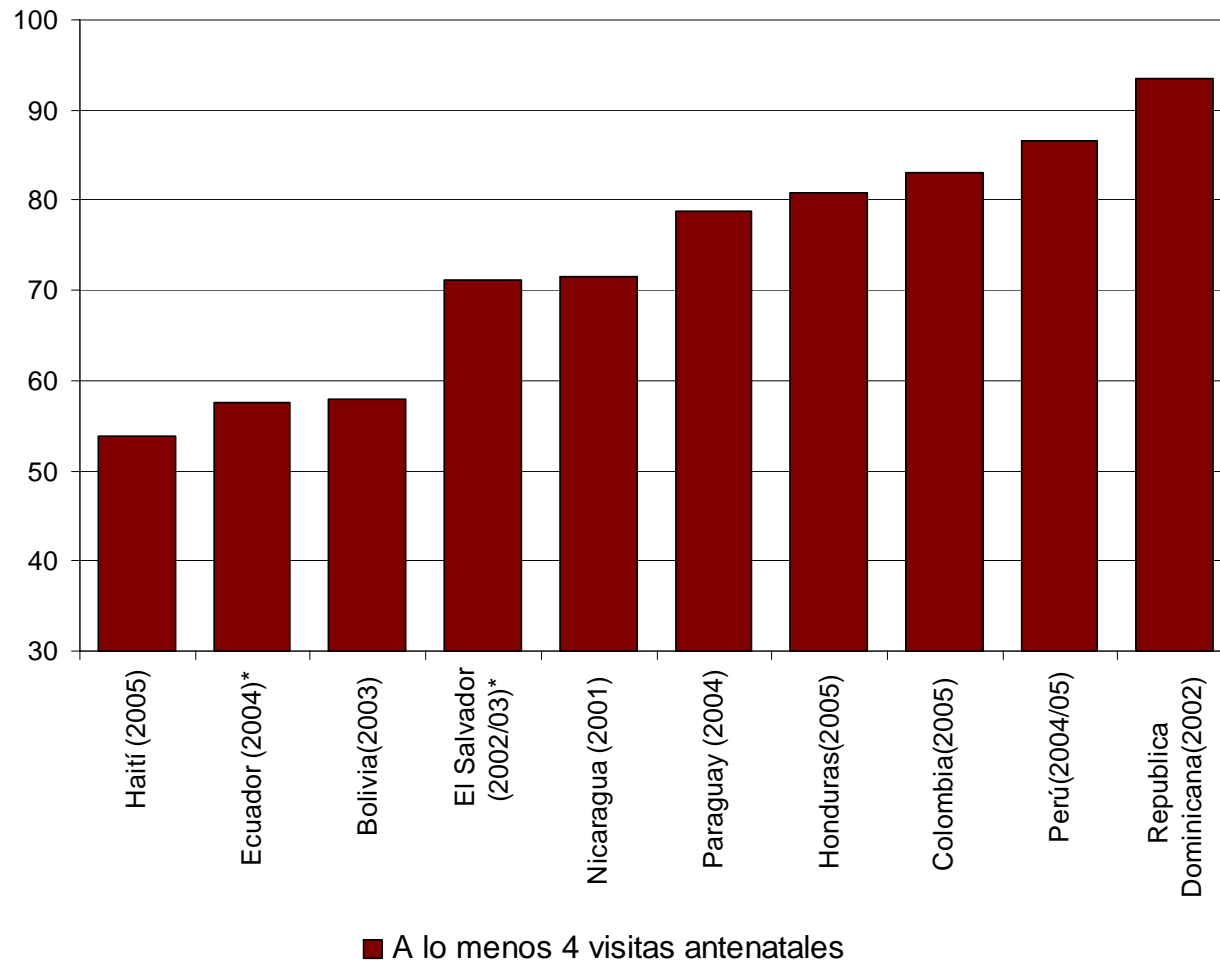
Marcados contrastes de tasas de mortalidad materna, ca. 2005



Fuentes: OPS, 2007; Ministerio de Salud de Costa Rica, 2008.



Y, con ello, también contrastes del acceso a los servicios de salud: la atención calificada prenatal





Paludismo

- Incidencia en América Latina y el Caribe muy inferior a la de las regiones más afectadas del mundo.
- En 2006 hubo 919.877 casos, es decir, un 20% menos que en 2000. Se notificaron 219 muertes relacionadas con esta enfermedad, esto es, un 37% menos que en 2000.
- En 14 de los 21 países endémicos, su incidencia se redujo entre 2000 y 2006. En cuatro, en más del 75%, con lo cual alcanzaron tanto la meta de la iniciativa “Hacer retroceder el paludismo” como el objetivo del Milenio en la materia. Cuatro declararon bajas del 50% al 75%, y otros seis reducciones inferiores al 50%. Pero, en el mismo período, en 7 países aumentaron los casos.
- La estrategia de combate 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.



Tuberculosis

- Su incidencia también ha venido reduciendo desde los años 1980 y se espera que la tendencia se mantenga hasta 2015.
- El descenso 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).
- Muchos países en 2006 pudieron alcanzar las metas internacionales de detectar el 70% de los casos de tuberculosis contagiosa y tratar exitosamente el 85%.



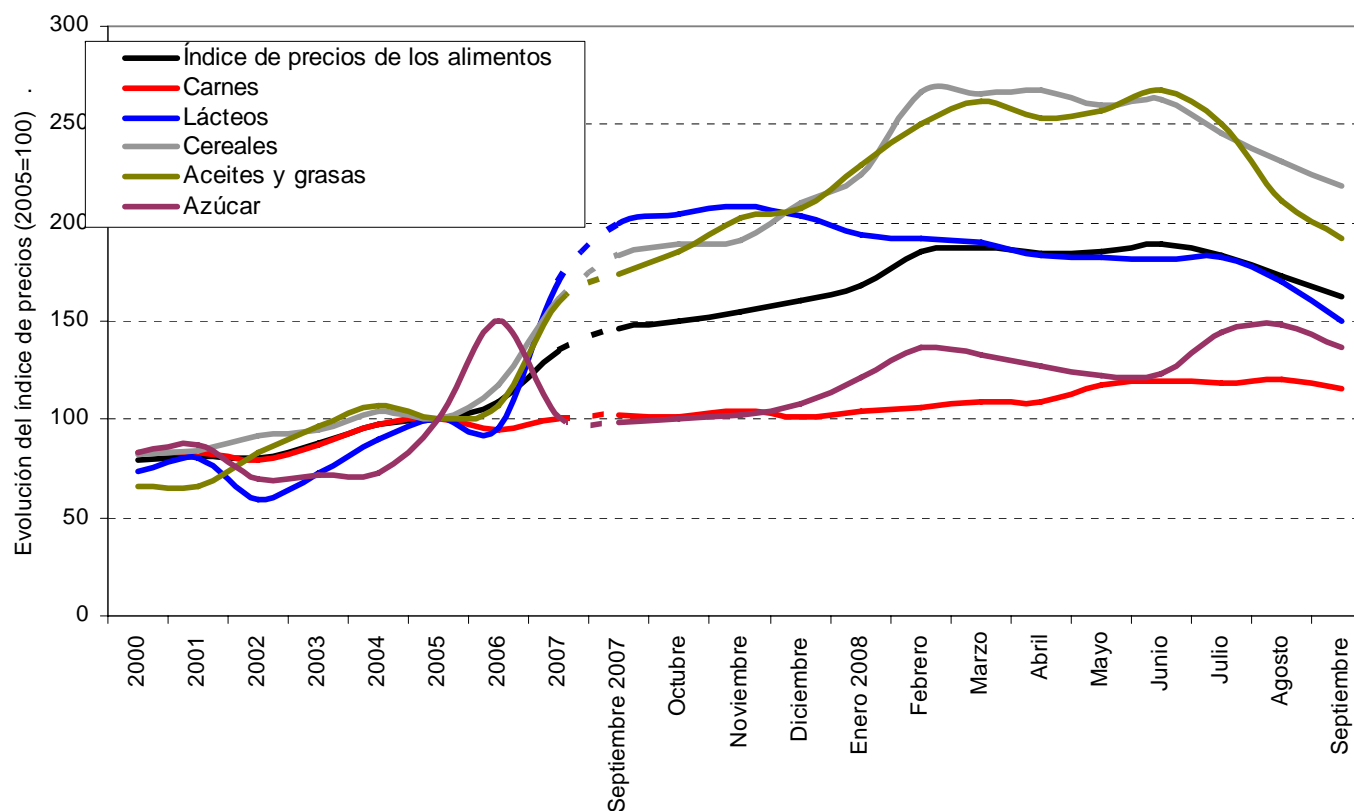
Los determinantes de la salud en la mira

- Positiva reducción de la indigencia hasta el 2007 pero, con contadas excepciones, no atribuible a incremento de ingresos laborales
- El bajo peso para la edad o desnutrición global (indicador relacionado con el hambre) disminuyó en los períodos 1988-1991 y 2000-2002. Pero la sufren 4,1 millones de infantes y su prevalencia es elevada en muchos países
- Alrededor de 2005 poco más del 10% de los habitantes de la región vivían en condiciones habitacionales y de infraestructura básica que no les permitían satisfacer un conjunto básico de necesidades de abrigo y de protección frente al medio ambiente. Difiere notablemente de un país a otro, y también entre zonas urbanas y rurales: carencias medidas por tres NBI superan el 35% de la población en Bolivia, Guatemala, Nicaragua o Perú, mientras que en cinco países (entre ellos Costa Rica) menos del 5% de los habitantes sufren estas privaciones.
- El ingreso es determinante respecto de la capacidad del gasto de bolsillo en salud de los hogares: es muy significativa la marcada desigualdad de este gasto, la importancia de los gastos catastróficos, y la magnitud del gasto de bolsillo reprimido en hogares pobres y sin buena cobertura de salud. .



Choques de ingreso por alza precio alimentos: serio obstáculo para avanzar hacia los ODM

EVOLUCIÓN DEL ÍNDICE DE PRECIOS DE LOS ALIMENTOS DE LA ORGANIZACIÓN PARA LA AGRICULTURA Y LA ALIMENTACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (FAO)
(Año 2005=100)

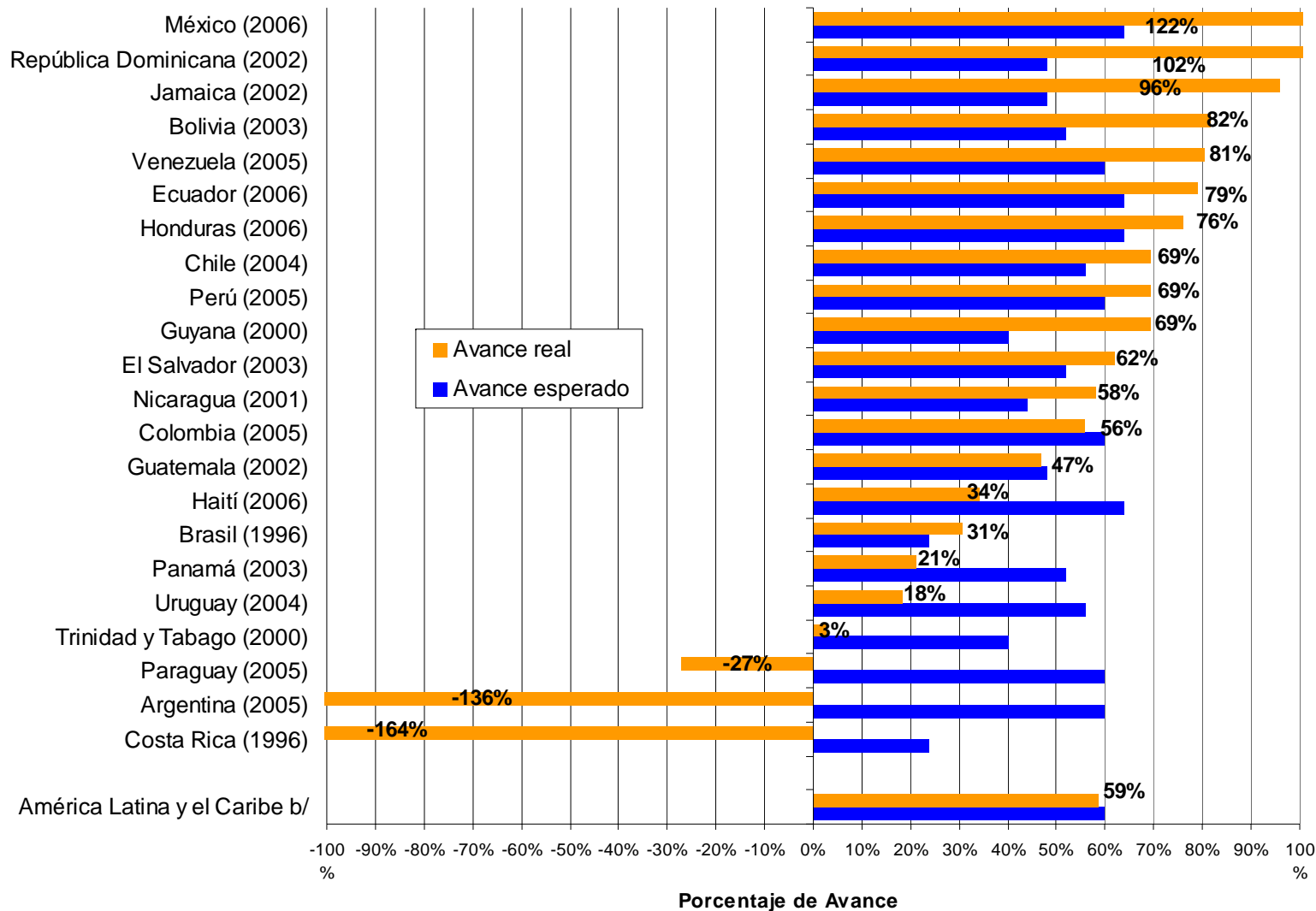


Fuente: World Food Situation. Food Price Indices (<http://www.fao.org/worldfoodsituation/FoodPricesIndex/en/>).

Fuente; elaborado por CEPAL con base de datos mencionada



22 PAÍSES DE LA REGION: AVANCES HACIA LA META DE DESNUTRICIÓN GLOBAL (BAJO PESO PARA LA EDAD), MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD, 1990-diversos años



Elaborado por CEPAL, ver fuentes en gráfico II.3 libro interagencial.



Desigual distribución socioeconómica de los determinantes

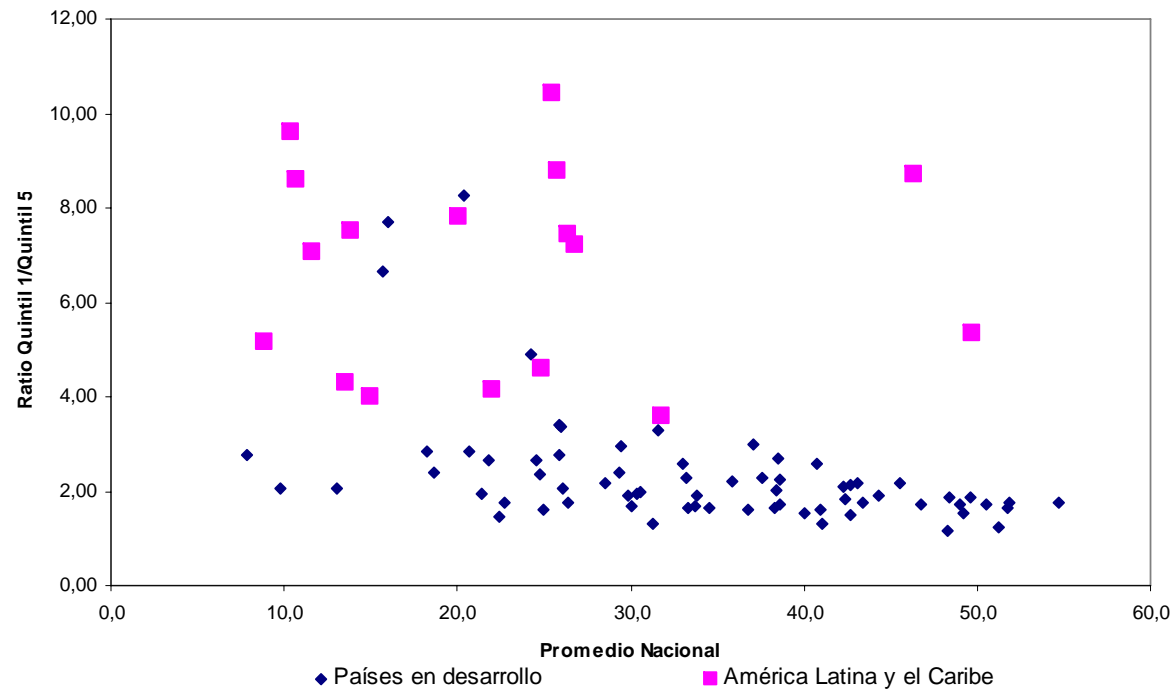
- Tal como lo demuestran análisis econométricos, los niveles de desigualdad socioeconómica determinan muy marcadamente la alta concentración de la desnutrición crónica.
- Los factores geográficos, culturales, étnicos e idiosincrásicos actúan mediante su vínculo con la distribución de variables relacionadas con el ingreso y con la educación de la madre.



Desigual distribución socioeconómica de los determinantes

Gráfico II.6

Países en desarrollo (49 países, 86 observaciones): Prevalencia de la desnutrición crónica infantil y desigualdad socio-económica en su distribución, 1990-2005.





Desigual distribución socioeconómica de los determinantes

- Tal como lo demuestran análisis econométricos, los niveles de desigualdad socioeconómica determinan muy marcadamente la alta concentración de la desnutrición crónica. Los factores geográficos, culturales, étnicos e idiosincrásicos actúan mediante su vínculo con la distribución de variables relacionadas con el ingreso y con la educación de la madre.
- De allí que las políticas en favor de la salud trasciendan las políticas sectoriales de salud o nutrición y previene de las políticas sanitarias aisladas.
- Requiere mejorar las condiciones de vida y el entorno socioeconómico y remite a políticas integrales y complementarias con otros sectores: la gama comprende desde las habitacionales, laborales y de ingresos, hasta las macroeconómicas y de desarrollo productivo



Por su parte, los sistemas de salud de la región

- Su carácter segmentado refleja patrones de discriminación sociales
- La fragmentación de sus subsistemas dificulta intervenciones eficaces en función de los costos y del uso eficiente de recursos, en línea con buenos mecanismos de referencia y contrarreferencia.
- La población no afiliada a sistemas contributivos y/o sin capacidad de pago generalmente tiene las prestaciones del sector público como única cobertura y, muy marginalmente, algunas prestaciones de organizaciones sin fines de lucro; para poder cumplir con las Metas del Milenio precisamente esta población debe estar en la mirilla de las políticas públicas.



Extender la protección social y hacer de la salud un derecho efectivo a la luz de la carta de navegación de los ODM: desafíos para los sistemas de salud

- Incrementar gasto social destinado a la salud y su prioridad fiscal. Establecer sinergias con los factores determinantes conforme a acciones intersectoriales
- Brindar prestaciones efectivas en relación a su costo, conforme a la evidencia
- Mejorar y universalizar las coberturas efectivas, tanto mediante la expansión de los sistemas de aseguramiento de cobertura universal y obligatoria, como fortaleciendo la salud pública
- En el ámbito del aseguramiento, mayor integración y solidaridad de las fuentes de financiamiento, para impugnar la segmentación del aseguramiento y del acceso a las prestaciones. Avanzar hacia prestaciones garantizadas (CEPAL, 2006)
- Rearticular la atención primaria de salud, para garantizar cobertura y acceso integral a servicios
- Velar por claras atribuciones respecto de la vacunación y de otras medidas preventivas
- Priorizar acciones relacionadas con los derechos y la salud sexual y reproductiva