Publicación Científica y Técnica n.º 642

Edición del 2017

Salud en las Américas+

Resumen: panorama regional y perfiles de país



Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Edición del 2017

Salud en las Américas+

Resumen: panorama regional y perfiles de país

Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Washington, D.C.
2017

Se publica también en inglés con el título:

Health in the Americas+, 2017 Edition. Summary: Regional Outlook and Country Profiles. ISBN: 978-92-75-11966-2

Salud en las Américas+, edición del 2017. Resumen: panorama regional y perfiles de país

ISBN: 978-92-75-31966-6

© Organización Panamericana de la Salud, 2017

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

Forma de cita propuesta. Organización Panamericana de la Salud. *Salud en las Américas+, edición del 2017. Resumen: panorama regional y perfiles de país*. Washington, D.C.: OPS; 2017.

Catalogación en la fuente. Puede consultarse en **http://iris.paho.org**.

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

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

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

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

En esta segunda tirada se han corregido los errores tipográficos y de formato que se detectaron tras la impresión inicial.

ÍNDICE

PRÓLOGO ..... **iii**

PREFACIO ..... **v**

NOTA A NUESTROS LECTORES ..... **vii**

RECONOCIMIENTOS ..... **viii**

INTRODUCCIÓN **1**

PANORAMA REGIONAL **3**

Salud universal 5

Principales problemas y retos para la salud 11

Panorama regional de la salud en las Américas 19

Una mirada prospectiva a la salud 37

Conclusiones 44

Referencias 46

PERFILES DE PAÍS **57**

Anguila 59

Antigua y Barbuda 63

Argentina 67

Aruba 71

Bahamas 75

Barbados 79

Belice 83

Bermudas 87

Bolivia (Estado Plurinacional de) 91

Bonaire, San Eustaquio y Saba 95

Brasil 99

Canadá 103

Chile 107

Colombia 111

Costa Rica 115

Cuba 119

Curaçao 123

Dominica 127

Ecuador 131

El Salvador 135

Estados Unidos de América 139

Granada 143

Guadalupe, Guayana Francesa y Martinica 147

Guatemala 153

Guyana 157

Haití 161

Honduras 165

Islas Caimán 169

Islas Turcas y Caicos 173

Islas Vírgenes Británicas 177

Jamaica 181

México 185

Montserrat 189

Nicaragua 193

Panamá 197

Paraguay 201

Perú 205

Puerto Rico 209

República Dominicana 213

Saint Kitts y Nevis 217

San Martín 221

San Vincente y las Granadinas 225

Santa Lucía 229

Suriname 233

Trinidad y Tabago 237

Uruguay 241

Venezuela (República Bolivariana de) 245

PRÓLOGO

La salud no solo es un derecho fundamental, sino además una condición que permite el goce pleno de otros derechos. La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible refleja esta perspectiva al proponer una visión universal, integrada e indivisible que manifiesta claramente cómo se entrelazan la salud y el bienestar humanos con el crecimiento económico y la sostenibilidad ambiental. Esta ambiciosa agenda fijará el curso de las políticas públicas de los próximos decenios y para alcanzar sus metas se necesitarán más enfoques colaborativos que permitan abordar las inequidades que se manifiestan en la Región en todas las dimensiones sociales, ambientales y económicas del desarrollo, incluida una clara visión intergeneracional.

Salud en las Américas+ es el informe quinquenal más reciente emitido por la Organización Panamericana de la Salud y en él se describe la situación de la salud, los determinantes de la salud y las tendencias conexas en la Región de las Américas a lo largo del período 2012-2017. Esta edición de Salud en las Américas tiene mucho que celebrar. En el período 2012-2017 se vio la culminación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y, en ese marco, América Latina y el Caribe lograron importantes avances contra la pobreza y la pobreza extrema, el hambre y la mortalidad de los menores de 1 y de 5 años. Además, las personas de la Región tienen una vida más larga y más saludable. Como se ha puesto de relieve en este informe, la mortalidad debida a las enfermedades no transmisibles descendió, al igual que la incidencia de algunas enfermedades transmisibles, como la tuberculosis y la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), y aumentó el gasto destinado a la salud pública como porcentaje del producto interno bruto (PIB).

Sin embargo, algunos retos aún subsisten.

Las profundas disparidades que azotan a nuestra Región en cuanto a la salud son uno de los retos principales. Muchas personas en América Latina y el Caribe no tienen acceso a la atención básica de salud. Las desigualdades en cuanto a los resultados en materia de salud están presentes desde el comienzo de la vida y son resultado de la intersección de características como la situación socioeconómica, el sexo, la raza, la etnicidad y el lugar de residencia. Como ha afirmado la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), estas desigualdades en torno a la salud se acumulan a lo largo del curso de la vida e impiden el goce pleno de los derechos y la participación plena en todas las esferas de nuestra sociedad. También tienen graves implicaciones para la transmisión intergeneracional del bienestar a las generaciones futuras.

Además, es cierto que los notables logros extendidos que se obtuvieron recientemente en el ámbito de la salud en la Región han ocurrido en un contexto económico favorable en el que los Gobiernos miembros contrajeron el compromiso de combatir la pobreza y reducir las desigualdades. En el contexto actual de deceleración económica, es especialmente importante para los Gobiernos de América Latina y el Caribe fortalecer su compromiso con la cobertura universal de salud, un paso crucial para fortalecer los sistemas de protección social desde una perspectiva basada en los derechos. También deben lograrse avances para mejorar la calidad de los servicios de salud y promover un enfoque integrado y holístico de la salud que permita crear relaciones sinérgicas positivas con otras dimensiones del bienestar.

Por otro lado, muchos países de la Región están teniendo que responder simultáneamente a las presiones de salud asociadas con el envejecimiento cada vez mayor de la población, lo que trae aparejado un aumento concomitante de las enfermedades crónicas no transmisibles, y el reto persistente de enfermedades infecciosas reemergentes y emergentes, como el dengue y el zika. Otro reto es abordar los efectos imprevisibles, pero a menudo devastadores, del cambio climático, incluido el aumento de los desastres naturales, en la morbilidad y la mortalidad, en particular en los pobres, la población joven, las personas mayores y las mujeres.

En medio de estos retos hay también oportunidades. El panorama tecnológico en constante evolución seguirá revolucionando el campo de la salud, desde su gestión e infraestructura hasta la integración de nuevos productos y mecanismos para mejorar la prestación de los servicios. Este progreso tecnológico puede llevar a mejoras en la salud, incluso en el contexto de un crecimiento económico lento o estancado. Si bien estos adelantos tecnológicos tienen sin duda alguna el potencial de mejorar la salud y la calidad de vida de la población, y de subsanar las brechas causadas por la inequidad, se debe obrar con cautela para que no

exacerben involuntariamente las desigualdades en la salud, dado que ciertos segmentos de la población pueden cosechar sus beneficios mientras que otros quedan al margen.

A medida que hacemos la transición a la nueva agenda del desarrollo, tenemos también la oportunidad de aprender de la experiencia de los ODM, que ha arrojado enseñanzas valiosas para mejorar la salud de la población. Algunas de estas enseñanzas incluyen la necesidad de mejorar la coordinación entre las entidades de sector público en cuanto a la ejecución y el seguimiento de los objetivos de desarrollo relacionados con la salud, la necesidad de establecer metas e indicadores precisos que respondan a las realidades a nivel regional y de país, y la necesidad de mejorar las fuentes de datos para tener información estadística de alta calidad, de manera periódica y desglosada, que nos permita ir más allá de los promedios regionales y de país para detectar y atender las necesidades de los que están quedando rezagados, en el espíritu de la Agenda 2030.

Las personas de la Región de las Américas son su recurso más valioso, por lo que es esencial promover y proteger su salud para avanzar hacia sociedades más equitativas y productivas. Creo que para cumplir la Agenda 2030 y garantizar el goce pleno de los derechos, en particular en estas épocas inciertas, se necesitarán nuevas coaliciones, alianzas y pactos, tanto dentro de nuestros países como entre ellos, para que todos podamos juntos construir el futuro inclusivo, justo y sostenible al que aspiramos.

Alicia Bárcena, *Secretaria Ejecutiva*
Comisión Económica para América Latina y el Caribe

PREFACIO

Desde sus inicios hace 61 años, *Salud en las Américas* ha gozado de reconocimiento como la publicación distintiva de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que llena un nicho informativo especial al ser un informe único sobre los grandes avances, retos y tendencias en el ámbito de la salud en la Región de las Américas.

Salud en las Américas surgió en respuesta a un mandato emanado por el 7.º Consejo Directivo de la OPS en 1953, en el que los Estados Miembros solicitaron al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (la secretaría de la OPS) que elaborara un informe periódico sobre la situación de la salud en la Región. Desde su revolucionaria primera edición en 1956, se la ha publicado en quince ocasiones.

Esta nueva edición, correspondiente al 2017, refleja grandes innovaciones en cuanto a la extensión y elaboración de la publicación, ya que hemos ampliado su enfoque epidemiológico tradicional para incluir una nueva dimensión prospectiva que presenta escenarios elaborados sobre la base de las tendencias históricas y de los eventos que se prevén. La presente edición no se limita simplemente a observar, describir y explicar hechos pasados o presentes, sino que va más allá y también hace proyecciones sobre el futuro de la salud en la Región.

Por primera vez, la edición impresa de la publicación, que históricamente captaba una instantánea en el tiempo, se complementa con una plataforma interactiva, *Salud en las Américas+,* que se actualizará periódicamente con nuevos datos y contenidos conforme estén disponibles. Dicha plataforma permitirá a los Estados Miembros tanto recabar como contribuir información oportuna, y transmitir análisis y reflexiones sobre sus avances hacia el logro de la salud universal.

Otra novedad en la elaboración de esta edición han sido los aportes efectuados por distintos interesados directos involucrados en la salud a nivel de país, que han agregado riqueza y profundidad al contenido de la publicación. Las representaciones de la OPS en los países convocaron foros especiales para posibilitar esa amplia contribución. Por último, aunque no por ello menos importante, se recurrió a un equipo de revisores externos y un grupo consultivo técnico de expertos para que analizaran críticamente y enriquecieran la publicación.

La plataforma *Salud en las Américas+ 2017* llega en el momento en que el mundo se ha comprometido con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, un conjunto de 17 objetivos ambiciosos y visionarios dirigidos al logro del desarrollo sostenible. Si bien los Objetivos de Desarrollo Sostenible representan el nuevo camino a seguir, es innegable que los países de la Región de las Américas registraron avances nunca antes vistos en su camino hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio entre el 2000 y el 2015. *Salud en las Américas+ 2017* pone de relieve la manera en que nuestra Región en su conjunto y los países que la integran han aumentado en forma sostenida la cobertura de los servicios de salud y el acceso a dichos servicios, han incrementado la esperanza de vida y han disminuido la brecha de las desigualdades. Entre los éxitos detallados en esta nueva edición cabe destacar las reducciones registradas en la mortalidad de menores de 1 y 5 años y en la carga de las enfermedades infecciosas.

Posiblemente nuestro logro más importante haya sido nuestra mayor comprensión sobre las brechas que subsisten en el ámbito de la salud y los obstáculos específicos que hay que superar para alcanzar en última instancia nuestra meta de la salud universal.

Por ejemplo, tenemos plena conciencia de que la salud universal no podrá alcanzarse si los sistemas de salud continúan estando fragmentados y segmentados, y si las personas se siguen viendo obligadas a adquirir servicios para abordar sus necesidades de salud. Además, nuestros análisis indican que se requieren mayores inversiones públicas en el ámbito de la salud. También es crucial que el sector privado, el sector académico, la sociedad civil y las comunidades contribuyan invirtiendo y administrando conjuntamente medidas de acción y mejores prácticas para asegurarse de que nadie quede rezagado.

Nuestra Región es muy heterogénea en cuanto a sus tendencias epidemiológicas, como lo refleja el hecho de que muchos países soportan la carga doble de las enfermedades tanto transmisibles como no transmisibles. Las enfermedades no transmisibles, como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes, las enfermedades mentales, los trastornos neurológicos y los

trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, la violencia y los accidentes, son las principales causas de enfermedad, discapacidad y muerte en la mayor parte de nuestros países. Si bien existen muchas intervenciones eficaces, no están al alcance de todos. Por consiguiente, es necesario abordar esas inequidades.

Las enfermedades transmisibles, incluidas las emergentes y las reemergentes, presentan una amenaza constante para toda la Región. Pese a que se ha avanzado en la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional, se necesitan esfuerzos acelerados para asegurar la consecución de logros sostenibles en ese ámbito. En los últimos años, nuestra Región ha sufrido brotes de chikunguña, cólera, ébola, fiebre amarilla, zika y otros eventos de salud pública que han sometido a dura prueba nuestra capacidad de preparación y respuesta. Al mismo tiempo, los países de la Región han estado al frente del mundo en cuanto a la eliminación de enfermedades transmisibles: la rubéola y el sarampión son los ejemplos más recientes, pero hay otras enfermedades, como la oncocercosis y la infección por el VIH y la sífilis transmitidas por la madre, que ahora están en una situación en la que pueden ser eliminadas. Al respecto, la OPS está impulsando un programa integral de eliminación que incluye metas concretas, cuantificables y verificables.

El envejecimiento de la población nos está obligando a replantearnos la salud y rediseñar nuestros sistemas de salud. Las personas de nuestra Región están viviendo por más tiempo, lo cual es un hecho positivo, pero para satisfacer sus necesidades cambiantes de salud hay que promover innovaciones y prestar una atención especial a fin de evitar toda discriminación. El paradigma del curso de la vida nos ayuda a asegurarnos de que nuestro trabajo en el ámbito de la salud incluya a todos los grupos poblacionales en todo el espectro de edades.

Otro reto importante que enfrentamos es el de asegurar la sostenibilidad ambiental. El sector de la salud, de manera concertada con otros sectores, debe desplegar acciones y comportamientos responsables para promover la salud ambiental y asegurar un avance sostenido hacia el acceso universal al agua potable y el saneamiento básico. Además, para preservar nuestro planeta será crucial reducir la contaminación y mitigar las repercusiones del cambio climático.

Este informe ofrece importantes perspectivas y análisis sobre esos y otros grandes retos y oportunidades de salud que nuestra Región tiene hoy ante sí. La información presentada en *Salud en las Américas+ 2017* es esencial para una toma de decisiones racional, conforme vamos forjando una agenda regional de salud en común, en consonancia con la agenda mundial para el 2030 y reforzada por ella. Abrigamos la esperanza de que los países utilicen estos resultados para elaborar y perfeccionar marcos de salud que den a cada persona la posibilidad de alcanzar el grado máximo de salud que se pueda lograr. Esos marcos deberán elaborarse partiendo del entendido de que la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible es la vía elegida, de que la salud en todas las políticas será esencial para avanzar a lo largo del camino y de que la salud universal es la meta final.

Carissa F. Etienne, *Directora*
Organización Panamericana de la Salud

NOTA A NUESTROS LECTORES

La presente Edición de *Salud en las Américas* honra la tradición de los informes anteriores a la vez que introduce algunas innovaciones.

Salud en las Américas+, edición del 2017. Resumen: Panorama regional y perfiles de país, presenta los logros y los retos relativos a la salud a nivel nacional y regional. En él se tratan temas como la salud universal, los principales problemas y determinantes para la salud, así como la perspectiva y las tendencias de los últimos cinco años en el ámbito de la salud. Además, en la edición actual se presenta una nueva sección que ofrece una mirada prospectiva, en la que se proyectan las tendencias actuales para prever los problemas que la Región encontrará en el futuro.

A continuación del panorama regional se encuentra la sección con los perfiles de los países y territorios de las Américas. En cada caso se presenta la información más reciente disponible para diversos indicadores y tendencias, junto con los aspectos más destacados del progreso en el campo de la salud y el análisis de las brechas que tendrán que abordarse en el futuro.

Este volumen impreso es una versión resumida de los textos completos que están disponibles en la plataforma en línea que se encuentra en el sitio web **www.paho.org/hia2017**. Esta plataforma y la publicación impresa comparten el mismo nombre, *Salud en las Américas+*. El signo + en el título denota que esta edición no es meramente una instantánea que muestra los datos y las cifras de salud en un momento determinado, sino más bien un proyecto interactivo que se actualizará con regularidad al agregarse nuevo contenido, recursos multimedia, enlaces a bibliografía e informes pertinentes, y libros electrónicos para una mayor accesibilidad e interacción con las redes sociales para facilitar el intercambio de información. Los usuarios pueden registrarse en el sitio web para recibir anuncios relativos a la salud en la Región y crear sus propios informes según sus intereses en la sección "Mi Salud en las Américas".

Esperamos que estas mejoras editoriales sean de interés y de utilidad para ustedes, nuestros lectores.

Nota: En vista de que se ha usado información de diversas fuentes oficiales y no oficiales, es posible que haya discrepancias en los datos. Los cuadros de los indicadores básicos en los resúmenes de los países se elaboraron usando datos publicados por la División de Población y la División de Estadísticas de las Naciones Unidas en el caso del año 1990, mientras que los datos correspondientes a los años 2013, 2014 y 2015 se tomaron de la Plataforma de Información en Salud de las Américas (PLISA) de la Organización Panamericana de la Salud y se adaptaron para incorporar datos nacionales nuevos, cuando se contaba con ellos. En algunos casos, se usó información demográfica procedente de la Oficina del Censo de los Estados Unidos. Todas las figuras del "Panorama regional" fueron elaboradas a partir de datos proporcionados por los países.

RECONOCIMIENTOS

Esta publicación no hubiera sido posible sin el compromiso firme y sostenido de nuestros Estados Miembros, junto con los importantes aportes y perspectivas de un amplio espectro de actores clave. Por ello deseamos reconocer y agradecer la inestimable colaboración que prestó el personal de los ministerios de salud y de otras instituciones gubernamentales de los países y territorios de la Región de las Américas.

También estamos sumamente agradecidos por la generosa contribución que brindó el Grupo Técnico Consultivo, cuyo asesoramiento y orientación nos guiaron con gran claridad desde que nos embarcamos en este proyecto.

Asimismo, queremos dar las gracias a nuestros socios de las Naciones Unidas y otros organismos internacionales, así como a las diversas organizaciones no gubernamentales e instituciones académicas que hicieron contribuciones tangibles enormemente valiosas a esta publicación.

Expresamos además nuestro más sincero agradecimiento a los editores, correctores, traductores y otros profesionales, cuya labor dio el toque final a esta publicación emblemática de la OPS.

Por último, vaya nuestro más profundo agradecimiento a todos los funcionarios de la OPS que han contribuido con esta publicación a lo largo de todo el proceso, desde su conceptualización hasta el producto final.

La lista completa de todos los colaboradores de *Salud en las Américas+ 2017* está disponible en **www.paho/hia2017**.

INTRODUCCIÓN



Uno de los mandatos básicos de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) es recopilar y difundir información sobre las condiciones y las tendencias de salud en los países y los territorios de la Región de las Américas. *Salud en las Américas* es el principal informe que elabora la OPS con el fin de cumplir ese mandato. *Salud en las Américas+ 2017* conserva la tradición sus predecesores y al mismo tiempo representa un punto de inflexión con respecto al pasado. Publicada cada cinco años, la versión del 2017 sigue consolidándose sobre la base de los datos de las ediciones anteriores y por primera vez se proyecta hacia el futuro.

Al igual que en las ediciones precedentes, el informe parte de los datos más recientes recopilados en los países y los territorios del continente a fin de presentar:

- los fundamentos de la salud;
- los retos más importantes para la salud en la Región;
- las tendencias de salud basadas en una revisión analítica de los datos en los últimos cinco años; y
- las perspectivas futuras de la salud en la Región.

Salud en las Américas+ 2017, da continuidad a ediciones previas de varias maneras. En primer lugar, ofrece un balance de la salud y sus tendencias en la Región de las Américas en el más reciente quinquenio. En segundo lugar, dirige nuevamente especial atención a varios temas que son centro tanto del debate conceptual como del ejercicio de la salud pública, así como de la planificación, diseño y ejecución de las políticas en salud. Por último, desde la edición del 2002, *Salud en las Américas* dedica un espacio a temas como:

- las desigualdades sociales en salud,
- los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud,
- el desarrollo sostenible, y
- la reforma de los sistemas de salud.

Todos ellos son temas complejos que tienen una repercusión duradera en las políticas y se abordan en las agendas de trabajo y en las posiciones adoptadas por la OPS.

Esta edición también marca un punto de inflexión con respecto a las ediciones anteriores. Además de ser un recurso esencial para describir la situación actual de la salud, llegar a comprender la situación general y observar sus tendencias, pretende convertirse en un recurso esencial de información sobre la salud que suministre la visión y las estrategias necesarias para lograr la salud. Al hacerlo, esta edición señala las barreras presentes y contingentes, así como los cambios en las estructuras, funciones, organizaciones y políticas actuales de los sistemas de salud, con miras a hacer accesibles esos horizontes y viable el camino para su construcción.

Otra innovación importante en relación con ediciones anteriores radica en su transformación de repositorio de estadísticas y documento de consulta en una genuina plataforma interactiva en línea. La intención es que sea un recurso donde los actores de la salud de cualquier ámbito puedan hallar información fiable, de calidad, que se renueva con regularidad, y a la que puedan aportar sus propias contribuciones, desde los frentes a nivel de país donde se gestan las políticas de salud, y desde el ámbito académico y la comunidad científica.

En el siguiente resumen de *Salud en las Américas+ 2017* se examinan los diferentes aspectos de la situación de salud en la Región a través del lente de las siguientes motivaciones principales:

- la salud universal, sus valores y principios, y sus estrategias de acción;
- los problemas y desafíos de salud más acuciantes o que imponen la mayor tensión sobre los sistemas de salud y sobre el contexto físico y social;
- el panorama regional, incluido un análisis acerca de la situación de salud y sus tendencias; y
- las perspectivas futuras de la salud en la Región, con varios de los aspectos dominantes que marcan caminos en construcción como parte de esa visión prospectiva.

Después de la sección "Panorama regional" se encuentran los perfiles de los países y territorios de la Región de las Américas. En cada perfil de país se presenta un conjunto de indicadores básicos fundamentados en los últimos datos disponibles, junto con notas breves en las cuales se destacan logros específicos en el ámbito de la salud y brechas que deben subsanarse para seguir avanzando.

En conjunto, el panorama regional y los perfiles de país proporcionan un análisis detallado y apreciaciones generales sobre el contexto y los cambios necesarios para mejorar la salud tanto a nivel local como a nivel regional.



PANORAMA REGIONAL



SALUD UNIVERSAL



El derecho a la salud, la equidad y la solidaridad son los valores que sustentan la salud universal, respaldada como estrategia en el 2014 para los Estados de las Américas, en el documento CD53/5 Rev.2 del Consejo Directivo de la OPS (*1*). Estos valores constituyen el fundamento ético para el diseño e implementación de las políticas públicas. El concepto de salud universal integra el acceso y la cobertura universales como objetos de derecho.

Históricamente, la cobertura universal se restringía a la búsqueda de modelos para la provisión de servicios al alcance de todas las personas y modelos para el financiamiento y la organización de los sistemas de salud (*2*). En la Región de las Américas, los debates a escala nacional y regional permitieron advertir que, si bien la cobertura universal es un requisito indispensable para una salud no excluyente, es necesario además eliminar otras barreras económicas, socioculturales, geográficas y de género, conocidas como 'determinantes', que limitan el acceso a los servicios. En consecuencia, se reconoció que, aun cuando la cobertura universal sienta los fundamentos necesarios, por sí misma no basta para asegurar la salud, el bienestar y la equidad: a fin de eliminar dichas barreras se requieren compromisos políticos para diseñar e implementar acciones, muchas de las cuales quedan fueran del ámbito y del mandato de los sistemas de salud. Por consiguiente, para abordar estos determinantes que están causando disparidades en el ámbito de la salud, es esencial convocar y comprometer a otros sectores, no solo al de la salud.

En la concreción de la salud universal como estrategia se reafirman valores ya consagrados en la Constitución de la OMS, que remiten a modelos basados en la atención primaria, según se planteó en la Declaración de Alma-Ata en 1978. Adoptada por los Cuerpos Directivos de la OPS, la estrategia de salud universal es el marco de referencia para mejorar el bienestar y la salud de las personas sin exclusiones, fortalecer los sistemas de salud y aumentar su resiliencia y capacidad resolutiva frente a los desafíos presentes y contingentes, y promover acciones intersectoriales para abordar los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud.

Toda la estrategia de salud universal se erige sobre el cimiento básico del derecho a la salud, que es un componente esencial de los derechos humanos, y de una comprensión elemental de lo que significa una vida digna (*3*). Desde el preámbulo de la Constitución de la OMS de 1946 (*4*) se reconoce que "el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social".

La Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, en su artículo 25 (*5*), reconoció la salud como parte del derecho a condiciones de vida adecuadas. El derecho a la salud también fue reconocido como parte de los derechos humanos en el Pacto Internacional de Derechos Económicos,

Sociales y Culturales de 1966 (*6*), no como simple derecho prestacional, sino como un derecho fundamental.

Más aún, el derecho a la salud tiene alcance universal. Todos los Estados signatarios, en al menos un tratado internacional sobre derechos humanos que reconoce entre ellos al derecho a la salud, se han comprometido a proteger este derecho en legislaciones o políticas nacionales y en conferencias internacionales (*3*).

En la resolución E/CN.4/RES/2002/31 de abril del 2002, la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas creó el cargo de Relator Especial para centrarse en el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (*7*). Su mandato implicaba:

- Reunir, solicitar, recibir e intercambiar información sobre el derecho a la salud de todas las fuentes pertinentes;
- examinar las posibles esferas de cooperación con todos los agentes pertinentes, incluidos Gobiernos, órganos, organismos especializados y programas pertinentes de las Naciones Unidas (en particular la OMS) así como las organizaciones no gubernamentales e instituciones financieras internacionales;
- informar sobre la situación en todo el mundo en materia de ejercicio de toda persona a la salud, entre otras cosas sobre las leyes, las políticas y las buenas prácticas, y sobre los obstáculos; y
- formular recomendaciones sobre medidas apropiadas para promover y proteger el ejercicio del derecho a la salud.

Entre otros temas, los informes anuales del Relator Especial se han centrado en esclarecer el contenido y el alcance del derecho a la salud y su relación con la pobreza, así como en examinar las estrategias para su reducción, el derecho a la salud sexual y reproductiva, el movimiento por la salud y los derechos humanos, los sistemas de acceso universal y la búsqueda de indicadores sobre el derecho a la salud.

Otro pilar de la estrategia de salud universal es la equidad. Las inequidades son una realidad lamentable en las Américas más que en otras regiones del mundo, pero no deben ser consideradas como un destino inevitable. Cambios fundamentales permitirían transformar realidades de privilegio en realidades de derecho. El primer paso del camino hacia la salud universal implica afrontar las causas de las inequidades que ignoran y vulneran el derecho de todas las personas a una vida digna, libre y saludable. La falta de equidad en el acceso a la atención de salud, que impide que todas las personas disfruten y ejerzan por igual del derecho a la salud, no es un hecho aislado, sino estrechamente asociado a amplios contextos de desigualdades económicas, sociales, culturales y ambientales (*8-10*).

Las inequidades tampoco son neutrales o abstractas, ni se dan al azar; tienen rostro, edad, género, y se instalan con patrones sistemáticos en los grupos humanos y en los contextos geográficos. Múltiples inequidades y privaciones a lo largo del curso de la vida se reproducen de una generación a otra en la larga historia de la inmovilidad social.

La materialización del derecho a la salud no es concebible sin una base de equidad, la que a su vez conduce a un diálogo social sobre los factores que afectan el bienestar de las personas y las comunidades. En un plano práctico y operativo, será imprescindible disponer de información fiable para monitorear el desempeño de los sistemas de salud no solo en las dimensiones tradicionales de los indicadores sanitarios, sino también en el eje de la medición de inequidades.

Uno de los principales obstáculos para lograr la salud universal ha sido la desigualdad social. La solidaridad, el activismo cívico y la acción colectiva han desempeñado un papel crucial para quienes deben tomar decisiones sobre las políticas públicas de salud. Cuando el crecimiento económico se orienta a la creación de espacios fiscales para invertir en salud y cuando las políticas apuntan a lograr equidad, millones de personas pueden ser rescatadas de la pobreza. Sin embargo, los sistemas de salud en la Región siguen lastrados por grandes inequidades, financiamiento desigual, fragmentación y segmentación, falta de sostenibilidad y escasa flexibilidad para responder a las necesidades de la población y hacer frente a los desafíos de un contexto físico y social cambiante.

En el presente texto se examinan los elementos fundamentales de la estrategia hacia la salud universal que se mencionan a continuación:

- Ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades.
- Fortalecer la coordinación intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud.
- Fortalecer la rectoría y la gobernanza.
- Aumentar y mejorar el financiamiento con equidad y eficiencia y avanzar hacia la eliminación del pago directo que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios.

ACCESO EQUITATIVO A SERVICIOS DE SALUD INTEGRALES, DE CALIDAD, CENTRADOS EN LAS PERSONAS Y LAS COMUNIDADES

Los servicios a los que se hace referencia en este apartado son acciones a escala poblacional e individual, con enfoques de género y de los aspectos culturales, étnicos y lingüísticos que definen las necesidades diferenciadas de las comunidades, para promover la salud, prevenir las enfermedades, brindar atención en términos de diagnóstico, tratamiento activo y paliativo, y ofrecer los cuidados necesarios de corto, mediano y largo plazo. En un contexto de salud universal, estos cuidados y servicios no exponen a sus personas, y en particular a los grupos en situación de vulnerabilidad, a dificultades financieras.

Se estima que si entre el 2013 y el 2014, en la Región de las Américas hubiesen existido servicios de salud accesibles, oportunos y de calidad, se habrían evitado más de 1 200 000 muertes *(11)*. Por ejemplo, en Argentina, Brasil, Colombia y Perú, menos de una cuarta parte de la población utiliza servicios preventivos de salud al menos una vez por año. Sin embargo, estas bajas tasas de utilización no son uniformes, y son aún menores en la población de bajos ingresos *(12)*.

El modelo prevaleciente de atención en los países de la Región se basa en gran medida en la respuesta a demandas episódicas por condiciones agudas en centros hospitalarios de atención especializada. Las reformas e inversiones se han orientado a una modernización tecnológica, pero han quedado atrapadas en las modalidades tradicionales de gestión y prestación de servicios.

En el primer nivel de atención, los sistemas tienen escasa capacidad resolutiva y no responden a los perfiles de salud que, en toda la Región, con diferentes ritmos, han surgido por la transición demográfica y epidemiológica. Según datos disponibles, hay un subregistro cercano a 50% de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles. Del 50% restante, solo la mitad recibe tratamiento, que a su vez solo es eficaz en uno de cada 10 casos. Hay una alta tasa de hospitalizaciones por condiciones susceptibles de atención ambulatoria, lo cual refleja la baja capacidad de respuesta del primer nivel de atención y la ineficiencia de los sistemas *(13)*.

La formación de los recursos humanos en salud responde a las presiones de un mercado laboral que no responde a esos perfiles de salud. Varios países de la Región tienen déficit de personal de salud, cuya distribución territorial, además, guarda escasa correspondencia con la situación geodemográfica de la carga de morbilidad, lo que genera graves consecuencias debido a la falta de acceso de numerosas comunidades a servicios de salud integrales *(14, 15)*.

La calidad de la atención se ve afectada por el insuficiente acceso o el uso irracional de medicamentos y otras tecnologías de salud seguras. Suele haber problemas de suministro, subutilización de genéricos de calidad, y uso inadecuado de medicamentos y otras tecnologías de salud. Pese a discretos avances, la gestión regulatoria para la introducción y el uso de las tecnologías de salud sigue siendo deficiente *(1)*.

Un obstáculo importante en el avance hacia el acceso universal a la salud es la falta de financiamiento y el uso ineficiente de los recursos disponibles. En el 2011, el gasto público promedio en salud de los países de América Latina y el Caribe, medido como fracción del producto interno bruto (PIB), no llegaba a 4%. Este porcentaje es considerablemente inferior, por ejemplo, al de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). Para remediar esta carencia de recursos, algunos países han intentado recurrir al pago directo, lo cual tuvo un efecto negativo sobre el acceso a los servicios y sobre la salud de la población. En lo económico, aumentó el porcentaje de personas que han incurrido en gastos catastróficos que los sumergieron en la pobreza *(16, 17)*.

La paulatina institucionalización democrática en la Región ha ido convirtiendo a la salud universal en una demanda social, que no es posible atender sin una participación amplia de toda la sociedad, para priorizar la salud como componente esencial de todas las políticas, integrando el amplio espectro de sus determinantes (ambientales, económicos, sociales y políticos).

COORDINACIÓN INTERSECTORIAL PARA ABORDAR LOS DETERMINANTES DE LA SALUD

La salud es una condición personal y, en sentido más amplio, también poblacional, en ambos casos condicionada por el contexto físico y social. Concebida con una perspectiva del curso de la vida, la salud se fomenta en el hogar, la escuela, los centros laborales y las comunidades. Cada día se conocen más y mejor los numerosos factores que influyen en la salud individual, asociados con los estilos y hábitos de vida, con la alimentación y la nutrición, las prácticas perjudiciales, o bien las influencias saludables, como el acceso a inmunizaciones y a pruebas diagnósticas periódicas. Sin embargo, la salud también se ve afectada, en gran medida, por las condiciones económicas y la inclusión social, la disponibilidad de suficiente agua, alimentos y saneamiento básico con la calidad requerida, la adecuación y seguridad de las condiciones

de vida en el hogar, la escuela, los lugares de trabajo y la comunidad.

El concepto de 'determinantes sociales de la salud' se emplea para designar las condiciones del ambiente físico, social y económico en que los individuos nacen, viven y se desarrollan, incluidas tanto las que tienen una connotación material como las que tienen connotaciones físicas y sociales (*18*). La nueva Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible integra la dimensión económica, la social y la ambiental, y sus metas trascienden el alcance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) porque reconocen de modo explícito que la erradicación de la pobreza y las inequidades, el desarrollo económico incluyente y la preservación del planeta están concatenados y son clave para la salud y el bienestar de la población de todo el planeta. La implementación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) supone una visión más amplia de la causalidad, con un foco de atención que va más allá de las causas inmediatas. Aun reconociendo la importancia de los factores individuales de riesgo o de los que se instalan en los ámbitos de la vida individual y comunitaria, la mirada incluye entre los determinantes de la salud otras dimensiones de mayor envergadura, como el comercio, los mercados globales y las relaciones geopolíticas.

La estrategia de salud universal exige del sector salud la expansión progresiva de servicios de salud integrales y de calidad que involucren a todos los sectores de algún modo vinculados con los determinantes de la salud, y la implementación de políticas, planes y programas de salud equitativos, eficientes y sensibles a la amplia variedad de necesidades de la población. El punto de partida es el reconocimiento de la salud como un derecho, y también como componente y condición del desarrollo sostenible.

El camino hacia el desarrollo de sistemas de salud más dinámicos, flexibles y centrados en las personas exige ampliar y profundizar las acciones intersectoriales con un énfasis especial en áreas bajo el control directo del sector salud, para alcanzar la equidad en congruencia con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y sus metas (*19, 20*). La amplitud de la Agenda y la naturaleza integral de sus 17 metas requiere además un concurso nacional, regional y mundial para materializar acciones cooperativas en un esfuerzo común. Sin la colaboración y las alianzas estratégicas de todos los sectores a una escala que trascienda las fronteras nacionales o regionales será imposible afrontar un espectro tan amplio de desafíos, que incluyen el envejecimiento poblacional, el cambio climático, las migraciones, las amenazas a la desestabilización de la institucionalidad democrática, la creación de marcos regulatorios para la adquisición e implantación de nuevas tecnologías, y el monitoreo de las inequidades, por solo mencionar algunos de los más acuciantes (*21-26*).

FORTALECIMIENTO DE LA RECTORÍA Y LA GOBERNANZA

Para avanzar hacia la salud universal será también necesario fortalecer la rectoría y la gobernanza de los sistemas de salud. 'Rectoría' en este contexto se refiere a la capacidad política y técnica de las autoridades nacionales y subnacionales para transformar la gobernanza de los sistemas de salud. Por 'gobernanza' se entiende la regulación de los recursos críticos de un sistema, ya sea financieros, humanos o de los medicamentos y las tecnologías de salud (*27*). Los procesos de transformación de los sistemas de salud de la Región han tomado rumbos diferentes y han evolucionado en tres direcciones principales: algunos han adoptado la forma de cambios en la gobernanza de la oferta, otros se han guiado por los arreglos institucionales de aseguramiento, y otros más han optado por modalidades mixtas (*28*).

En cada uno de estos rumbos, que obedecen a sendas lógicas, la rectoría y la gobernanza asumieron características distintivas propias. Las transformaciones de los sistemas de salud basados en el fortalecimiento de la oferta se han enfocado principalmente en mejorar el acceso a los servicios, para lo cual renovaron las estructuras para la gestión de la red de servicios de salud, y se apoyaron en una acción colectiva en la que participaron diferentes profesionales de la salud y movimientos sociales (*28, 29*).

Por su parte, las transformaciones de la gobernanza consistieron en cambios del modelo de atención y en nuevas regulaciones sobre los trabajadores de la salud. Los cambios en el modelo de provisión de servicios de salud se centraron en mejorar el financiamiento, la intervención en las regulaciones intersectoriales y en la gobernanza de los medicamentos y la tecnología. Los países que promovieron este tipo de reformas lograron avances sustanciales en el acceso a los servicios mediante modelos de atención más integrados y menos fragmentados, con mayor énfasis en la salud colectiva. Estos cambios generalmente se limitaron al sector público y tuvieron poco o ningún efecto para mitigar la segmentación de los sistemas de salud (*28, 29*).

En los sistemas de salud que basaron sus transformaciones en los arreglos institucionales de aseguramiento la rectoría estuvo orientada al aumento de la cobertura financiera de la población mediante incentivos económicos a la gestión

institucional del aseguramiento. Esta modalidad de rectoría implica la creación de nuevos organismos y estructuras de regulación y fiscalización, en general débiles, que vigilan y controlan a los actores públicos y privados, los cuales administran los fondos o proveen directamente los servicios de salud. Estos sistemas suponen que la introducción de la competencia, tanto en la demanda de paquetes de servicios asegurados como en los servicios de salud, promueve cambios innovadores en la organización de los servicios y en la fuerza laboral de salud que benefician la salud individual y, como efecto secundario, a la salud pública; sin embargo, en la realidad la salud pública y las acciones colectivas han tenido un efecto negativo en el acceso equitativo a los servicios integrales de salud. Si bien es cierto que estas transformaciones han logrado extender la cobertura financiera a una mayor proporción de la población, mediante reformas que incluyen tanto al sector público como a la seguridad social, el principal obstáculo ha radicado en garantizar el buen funcionamiento de los organismos de regulación y en traducir los cambios positivos de la ampliación de la cobertura en mejoras en las condiciones de acceso individual y en la salud colectiva de la población (*28, 29*).

Se aprecian atributos de dos tendencias diferentes en los procesos de transformación de los países federales, donde las estructuras departamentales o provinciales tienen autonomía con respecto a las nacionales, y en los países con sistemas segmentados, donde la seguridad social y el sector público pueden adoptar modalidades propias (*30*). Rectoría y gobernanza son dos temas medulares en el camino hacia la salud universal. No puede haber recetas únicas para su ejercicio, ni experiencias extrapolables de un país a otro, porque el contexto es, como siempre, un poderoso factor modificador de efectos y respuestas. El ejercicio de la rectoría por parte de la autoridad sanitaria y la participación de los actores clave que ejercen la acción colectiva no pueden ajustarse a pautas estrictas. El equilibrio de ambas para el cumplimiento óptimo de las funciones esenciales de la salud pública constituye un componente estratégico central en el marco de los procesos de transformación y fortalecimiento de los sistemas de salud (*31*).

INCREMENTO DEL FINANCIAMIENTO CON EQUIDAD Y EFICIENCIA

En un mundo caracterizado por la inestabilidad política y económica, se registra una frecuente alternancia de desarrollo y recesión, al tiempo que los costos de la salud se incrementan debido a la creciente incidencia de las enfermedades crónicas, al envejecimiento poblacional, y a la comercialización de tecnologías nuevas y más costosas. En consecuencia, aumenta la presión social y, con ella, la urgencia de poner en práctica políticas de salud que sean eficientes y equitativas. Ello es aún más apremiante dadas las brechas existentes en el acceso real a servicios de salud de calidad, y las diferencias regionales y nacionales en cuanto a situación de salud y disponibilidad de servicios de salud.

Aunque es obvio que se necesitan fondos suficientes y estables para la salud, el alto nivel de desarrollo económico de un país no garantiza la aspiración a la salud universal. Se necesitan medidas adicionales para aumentar el gasto público en salud. Al mismo tiempo, un porcentaje alto de los gastos en salud se dilapida a causa de la ineficiencia. Una inversión más racional de los recursos disponibles podría ayudar a acercar al mundo, y en particular a la Región, al acceso universal a la salud y la cobertura universal.

Un sistema de salud es eficiente en la asignación de recursos cuando consigue optimizar el balance gasto-salud, es decir, cuando con unos recursos dados, reduce la carga de morbilidad, incrementa el bienestar, y aumenta la protección financiera de los hogares, de modo que haya un acceso equitativo a los servicios de salud. Un sistema ideal de este tipo orienta sus políticas a producir lo que la sociedad necesita y espera en materia de salud y bienestar, y en esa responsabilidad se ven implicados, trabajando conjuntamente, el Estado y la sociedad. El grado de eficiencia productiva o de eficiencia técnica que se alcance dependerá de cómo se gestionen los servicios de salud o, dicho de otro modo, de cómo se consiga la mejor capacidad de respuesta mediante mejoras en la coordinación y la articulación entre niveles y redes asistenciales. Es fundamental que la asignación de los recursos del sector salud logre un equilibrio de los insumos utilizados para alcanzar en la mayor medida posible los objetivos antes señalados. La eficiencia dinámica, por su parte, implica asegurar las condiciones y los niveles de eficiencia en el tiempo mediante la incorporación de la innovación a los sistemas de salud en el sentido amplio del concepto (*32*).

En relación con el financiamiento de la salud, entre el 2010 y el 2015 el gasto público en la Región aumentó, pero a un ritmo muy lento, que no permitió alcanzar la meta referencial de 6% del PIB, mientras que los gastos de bolsillo disminuyeron, pero no lo bastante rápido. A pesar de que ha habido períodos de crecimiento económico, el gasto en salud ha sido igualmente insuficiente. Inclusive algunos países exhibieron elasticidades negativas del gasto en salud con respecto al aumento del PIB. Pese a todo ello, una mirada regional arrojaría un balance positivo en la integración asistencial, un relativo éxito en el fortalecimiento de la atención primaria como resultado de una variedad amplia de

iniciativas, y una mejoría en los indicadores más importantes de salud.

El mayor obstáculo en el avance hacia la cobertura universal, como ya se mencionó anteriormente, es el pago directo en el momento de la prestación de servicios. Aunque el tema del financiamiento de la salud bajo condiciones de equidad y eficiencia sigue siendo objeto de arduos debates, los mecanismos de prepago mediante los cuales quienes tienen mayor solvencia económica subsidian a quienes tienen menor solvencia, y las personas sanas a las enfermas, parece ser la modalidad más eficiente y equitativa para incrementar la cobertura de servicios de salud integrales. Además, para que este financiamiento sea solidario debe haber también un subsidio, fundamentado en políticas redistributivas, desde los hogares con mayor capacidad contributiva (los más ricos) hacia los de menores recursos (los más pobres), cuyas contribuciones son limitadas pero cuyas necesidades de atención suelen ser mayores. El acceso a los servicios suele ser más equitativo y eficiente cuanto mayor sea la cantidad de personas que contribuyen a un fondo. Muchos fondos, pequeños y fragmentados, suelen generar acciones discriminatorias hacia las personas más vulnerables y con menos recursos, debido a un mecanismo de selección de riesgos. Los fondos pequeños son más vulnerables a riesgos específicos y terminan siendo inviables a largo plazo (*33*).

Al igual que en el caso de la rectoría y la gobernanza, ninguna estrategia para el financiamiento de la salud podría considerarse universalmente óptima, y cualquiera tendría que adaptarse a las condiciones de cada país.

En el camino hacia la salud universal, y en particular hacia el acceso universal a la salud, emergen varias preguntas clave que apuntan a la búsqueda de las formas más eficientes de financiación y la optimización de los recursos disponibles.

En algunos estudios recientes sobre espacio fiscal, entre ellos cuatro realizados por la OPS, uno de alcance regional y tres de alcance nacional, se llegó a las siguientes conclusiones (*34-37*):

- En general, en los países existe espacio fiscal para la salud, pero el crecimiento económico no es suficiente para ocupar ese espacio y dar respuesta a la necesidad de financiamiento.
- Existen argumentos y espacio para aumentar los impuestos de salud específicos (principalmente, sobre el alcohol y el tabaco). Aunque la recaudación sea baja en estos casos, las estimaciones indican que el ahorro para el sistema puede ser elevado.
- Desde el punto de vista político, los créditos y las donaciones no son una fuente viable para los Gobiernos en el mediano y largo plazo.
- Las medidas de mejora de la eficiencia deben acompañar estos esfuerzos, teniendo presentes los principios establecidos en la estrategia para la salud universal.

PRINCIPALES PROBLEMAS Y RETOS PARA LA SALUD



Durante el último decenio, la Región de las Américas ha alcanzado importantes logros en salud, entre ellos varias metas incluidas en los ODM. Se redujeron los niveles de pobreza extrema y las tasas de mortalidad infantil, y se lograron algunos progresos en sostenibilidad ambiental, entre otros. Sin embargo, las metas asociadas al ODM 5, relativo a la mortalidad materna, no se alcanzaron.

En este capitulo se exponen las circunstancias actuales y las tendencias recientes de enfermedades que, ya sea por su alta incidencia o prevalencia, su gravedad o su impacto a escala individual o poblacional, representan problemas para la salud. Se exponen y analizan también problemas del entorno físico y social que representan los mayores retos para los Gobiernos y los sistemas de salud de la Región. Estos problemas se presentan en tres planos diferentes pero convergentes: el de los padecimientos de salud propiamente dichos; el de varios de sus más señalados determinantes físicos y sociales; y el de sus efectos ya existentes o previsibles sobre la salud de las personas y las poblaciones, y que se encuentran en buena medida fuera del campo o acción directa del sector salud. Finalmente, en el capitulo se subrayan las barreras que limitan la capacidad de los sistemas de salud para afrontar los retos en materia de salud y sus determinantes, entre ellas, de manera especial, las persistentes inequidades, y la necesidad de medirlas y monitorearlas. Las metas de salud no se limitan a reducir las tasas de prevalencia o incidencia, o mejorar la calidad de los servicios, sino que incluyen también la disminución de las inequidades, la inclusión de la salud en todas las políticas, y el progreso hacia la salud universal, como condición del desarrollo sostenible.

Los ODM aportaron experiencias útiles sobre los peligros de convertir metas imprecisas en programas y políticas. El foco de atención dirigido a indicadores agregados a escala nacional y regional enmascaró crecientes inequidades y propició la formulación de políticas que en algunos casos exacerbaron las desigualdades (*38*).

La adopción de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y de sus objetivos es un gran avance en el camino hacia la eliminación de la pobreza, la protección del planeta y la búsqueda de la salud universal en condiciones de paz, prosperidad y desarrollo sostenible. Las metas asociadas a los ODS deben ser objetivas y medibles, y deben incorporar no solo los indicadores directos de la salud —positivos y negativos— sino también los índices que miden las desigualdades sociales en salud.

ENFERMEDADES EMERGENTES Y PROBLEMAS CRÍTICOS QUE OBSTRUYEN EL DESARROLLO

La Región alcanzó en la última década importantes metas relacionadas con la mortalidad infantil y materna, la salud reproductiva, las enfermedades infecciosas y la desnutrición. Estos éxitos han sido consecuencia del desarrollo económico,

la atención a los factores ambientales y el incremento de la capacidad y la flexibilidad de los sistemas de salud, así como de la cobertura y acceso a los servicios (*38, 39*). Sin embargo, estos avances a escala nacional enmascaran grandes brechas entre subgrupos poblacionales que empañan el desempeño de los sistemas de salud y ponen trabas a un desarrollo sostenible (*40, 41*). Puesto que los determinantes de la salud y los de las desigualdades no necesariamente coinciden, las intervenciones exitosas basadas en la evidencia y ampliadas a programas o políticas de salud pueden ayudar a mejorar los indicadores de salud pero no tienen el mismo efecto sobre las desigualdades.

Para preservar los logros en relación con los ODM 4, 5 y 6, y para afrontar al mismo tiempo los complejos problemas de la agenda inconclusa, será necesario reformular el enfoque estratégico, lo cual forma parte de la transición hacia la Agenda 2030. Los países y todos los actores comprometidos con el desarrollo no deben olvidar que, si bien las enfermedades crónicas siguen en aumento, la carga asociada a las muertes infantiles y maternas, incluidas las que se relacionan con deficiencias nutricionales, es aún considerable.

La Región de las Américas atraviesa un período de enfermedades infecciosas emergentes debidas a cambios en el ambiente, los estilos de vida y los desplazamientos poblacionales. Estas circunstancias pueden provocar la evolución de nuevas formas patógenas de distintas variedades de virus (incluidos los arbovirus), lo cual tiene implicaciones en la notificación oportuna de eventos sanitarios con potencial efecto a escala internacional, y en las estrategias de vigilancia epidemiológica y de control de enfermedades. Se necesitarán nuevas vacunas, tecnologías innovadoras, nuevos medicamentos y programas de investigación, y será importante la colaboración entre diferentes actores, tanto del sector público como privado, para desarrollarlos. En este frente, como en otros, no es posible excluir a ningún actor, y mucho menos pretender que la gestión de la salud pública es monopolio exclusivo del sector salud y de estructuras centrales de decisión.

Desde la óptica institucional, es necesario incrementar la capacidad de respuesta ante los brotes epidémicos, las emergencias humanitarias y las crisis, optimizando la coordinación, los flujos de información, las operaciones y la capacidad de manejar los riesgos por contingencias sanitarias. Entre las acciones prioritarias se encuentran las siguientes:

- la gestión de riesgos de infección debidos a microorganismos, que pueden causar brotes de enfermedades o epidemias;
- el desarrollo de capacidad para evaluar y monitorear las aptitudes nacionales de preparación;
- el desarrollo de un sistema de información sobre emergencias sanitarias para la detección y verificación de eventos;
- el análisis de datos y la supervisión de operaciones;
- funciones propias de la gestión de eventos por infecciones;
- el apoyo logístico a las operaciones de control.

Otro desafío importante es la eliminación de determinadas enfermedades transmisibles mediante la reducción de las nuevas infecciones y de la mortalidad por debajo de los umbrales mínimos, hasta que dejen de representar un problema de salud pública y, de ser posible, hasta su erradicación definitiva.

CONDICIONES CRÓNICAS Y ENFERMEDADES DEBIDAS A CAUSAS EXTERNAS

Los cambios en los perfiles demográficos y socioeconómicos de la Región han causado los efectos esperables en los perfiles epidemiológicos (*42*). Las enfermedades crónicas (como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, el cáncer y las enfermedades respiratorias), los trastornos mentales, las discapacidades, los accidentes de tránsito, y todas las formas de violencia interpersonal, representan en su conjunto los principales problemas de salud y plantean urgentes desafíos para el diseño e implementación de políticas intersectoriales y para el fortalecimiento, y en algunos casos el rediseño, de los sistemas de salud (*43*).

Las enfermedades crónicas son en gran parte prevenibles. En el corto y en el mediano plazo, las acciones para combatir sus determinantes y sus factores de riesgo comunes han demostrado tener un impacto (*44*). Esta capacidad de acción supone la existencia de sistemas de salud que proporcionen atención permanente sobre el ambiente físico y social, y sobre las personas en riesgo o que ya padecen una enfermedad crónica. Los avances en la epigenética, en la medicina social y en otras disciplinas, que se han concretado en el paradigma del curso de la vida, han mostrado que el repertorio de posibles acciones de los sistemas de salud no debe limitarse a intervenciones reactivas cuando ya el riesgo está fuera de control, o cuando la enfermedad se ha instalado de modo irreversible, sino que, en estrecha colaboración con otros sectores, puede ejecutar acciones de mayor repercusión y alcance temporal.

Existen compromisos globales para reducir las enfermedades crónicas, y consensos científicos acerca de políticas de salud factibles y eficaces en relación con el costo. De lo que se trata entonces es de incrementar la inversión, fortalecer la colaboración multisectorial, lograr mayor empoderamiento y participación de la sociedad civil, e incrementar las capacidades de los países para llevar a cabo las intervenciones.

En lo que se refiere a los trastornos mentales, es urgente integrar el componente de salud mental en los escenarios de atención primaria y secundaria, en lugar de brindar tratamiento específico en instituciones psiquiátricas (*45*). Las personas con discapacidades, tanto físicas como mentales, necesitan mayor acceso, no solo a los servicios de salud, sino también a centros de rehabilitación y de apoyo psicológico (*46-49*).

Es necesario mejorar la seguridad vial mediante legislaciones y regulaciones más exigentes relativas a la reducción de la velocidad de circulación, el uso obligatorio del cinturón de seguridad y la utilización de cascos protectores para los motociclistas, entre otros requisitos (*46*). A través de la educación y la divulgación hay que promover la cortesía vial, y una conducta más responsable de los transeúntes y los conductores de vehículos.

Todas las formas de violencia (tanto familiar y de género como la resultante de conflictos sociales y económicos, y todas las demás) suelen darse en lugares donde hay una débil estructura gubernamental y un sistema judicial ineficiente. Entre otros determinantes estructurales se encuentran también las altas tasas de desempleo o subempleo, las desigualdades sociales y económicas, y la falta de oportunidades de educación y escolaridad, así como la persistencia de formas de discriminación por razones culturales, raciales, étnicas y de género (*50*).

Son necesarias más y mejores estrategias para prevenir la violencia, entre ellas legislaciones y regulaciones que limiten drásticamente el acceso a todo tipo de armas, promuevan la reducción del consumo excesivo de alcohol, y ofrezcan mejores condiciones de apoyo y protección a las víctimas (*50*).

Es esencial adoptar la perspectiva del curso de la vida, con todo lo que ello implica para la prestación de servicios y la formación de la fuerza laboral en salud. Los horizontes de causalidad no se limitan a la inmediatez temporal de la aparición de los estigmas clínicos, ni a los períodos críticos en los que los estilos de vida y otros factores del entorno configuran las condiciones de riesgo, sino que se manifiestan desde etapas bien tempranas del curso vital, con efectos transgeneracionales (*51*). Adoptar esta perspectiva implicará además, trascender la visión restringida de las enfermedades crónicas e incorporar la visión más abarcadora de las condiciones crónicas y las distintas etapas de la vida, de la niñez a la tercera edad, que no implican por sí mismas enfermedad, pero sí plantean múltiples necesidades, a menudo inadvertidas o subestimadas, que en el curso de pocos años podrían modelar la organización de los sistemas de salud.

CAMBIO CLIMÁTICO

El cambio climático ha sido identificado como "la mayor amenaza global para la salud en el siglo XXI" (*52*). Debido a la complejidad de los procesos involucrados, es difícil estimar la magnitud de los posibles efectos del cambio climático sobre la salud. Sin embargo, lo que no admite dudas, dados los indicios disponibles y la fiabilidad de los modelos predictivos, es que hay un cambio climático en curso, que ya afecta a la salud humana y lo seguirá haciendo en el futuro (*53*).

Las consecuencias directas del cambio climático, tales como las temperaturas extremas (olas de frío y de calor), las inundaciones y las sequías, así como el incremento en la frecuencia de tormentas causantes de grandes estragos, ponen en peligro el desarrollo conseguido en los últimos decenios. Otro tanto ocurre con las repercusiones sobre la salud física y mental, algunas de ellas también directas y otras mediadas por la contaminación del aire, la diseminación de los vectores, la desnutrición y la inseguridad alimentaria, y las migraciones (*54*).

Enfrentar el cambio climático constituye un gran desafío pero también una gran oportunidad. Las acciones deben orientarse a minimizar sus efectos y a segurar la mejor respuesta posible para reducir la pobreza, aumentar la preparación y adaptación de las comunidades, y enfrentar las inequidades en salud (*54*).

El sector salud debe desempeñar un papel crucial en la lucha contra los efectos del cambio climático, promoviendo al mismo tiempo condiciones mejores y más equitativas para todas las personas. Las orientaciones estratégicas de esos esfuerzos son: a) incrementar la capacidad de adaptación y respuesta de los sistemas de salud frente a los efectos tanto de los cambios previsibles como abruptos o inesperados del clima; b) maximizar los beneficios asociados relativos a la salud derivados de las acciones intersectoriales, y c), convertir a los centros de salud y de prestación de servicios en escenarios más apropiados y mejor adaptados a las condiciones del cambio climático.

Entre las prioridades de la salud a escala universal, el cambio climático debe ocupar un lugar central en la agenda para un desarrollo sostenible. Debido al consenso universal sobre la salud como componente fundamental del bienestar, una perspectiva de salud pública concitará un mayor apoyo y una mayor prioridad, independientemente del desarrollo global y cultural. Por eso, el sector salud debe ejercer el liderazgo en la respuesta a las amenazas del cambio climático (*54*).

ENVEJECIMIENTO Y CAMBIOS DEMOGRÁFICOS

El envejecimiento en la población se define como el incremento en el tiempo de la mediana de la edad en la población, y como un desplazamiento hacia arriba en la distribución de la edad de la población, es decir, un aumento en la proporción de personas que se encuentran en los grupos de mayor edad y un decremento en la proporción de personas en los grupos de menor edad.

Los tres componentes básicos de la dinámica poblacional son los nacimientos (fertilidad), las muertes (mortalidad) y las migraciones. Los cambios relativos en estos tres componentes son determinantes del envejecimiento poblacional (*55*).

Las dos causas principales de índole demográfica del envejecimiento poblacional son la declinación de la fertilidad (menos nacimientos en relación con períodos anteriores, junto a una disminución de la proporción poblacional de los jóvenes y un incremento de la proporción poblacional de los viejos, si todos los demás factores se mantienen iguales), y una mayor esperanza de vida en las edades avanzadas).

Entre el 2000 y el 2050, la proporción de personas con 60 años o más se incrementará de 11% a 22%. La esperanza de vida en América Latina y el Caribe alcanzará 74,7 años para los hombres y 80,7 para las mujeres en 2030. En América del Norte estas cifras serán 79,5 y 83,4, respectivamente, para hombres y mujeres (*55-57*).

El incremento en la esperanza de vida y el consiguiente aumento en la proporción de personas económicamente dependientes representan un desafío para el crecimiento económico y para los sistemas de salud, que deben atender las necesidades de una población envejecida (*58, 59*). En la próxima década el envejecimiento, tanto a nivel individual como a escala poblacional, será un importante factor modulador de las necesidades de salud, la seguridad y la protección social, y un desafío para los sistemas que deberán atender las demandas derivadas de estas necesidades. Pese a las obvias implicaciones del fenómeno del envejecimiento para la seguridad social y la salud pública, no parece haber una conciencia colectiva clara en la Región en relación con la salud de las personas mayores. Por ejemplo, la mayoría de los países carecen de sistemas de información con indicadores específicos para medir y monitorear la salud de las personas de los estratos de edad superiores, por no hablar del impacto de los planes y programas de salud en la respuesta a sus necesidades. La cobertura, la continuidad de la atención y el acceso a los servicios son insuficientes y exhiben grandes inequidades. La mayoría de los expertos coinciden en la necesidad de promover intervenciones de salud integradas y desarrollar estrategias que permitan a los sistemas de salud adaptarse a las nuevas realidades demográficas y epidemiológicas (*60, 61*).

Buena parte de las desigualdades en la salud de las personas mayores son injustas e innecesarias, y, por lo tanto, pueden considerarse inequidades. Estas inequidades se acumulan en el curso de la vida debido a la exposición a riesgos y a barreras ambientales y sociales que determinan diferencias en las condiciones de salud durante los primeros años de vida, y en las trayectorias vitales hasta la adultez. La distribución de factores que explican las diferencias en la salud de los adultos mayores es la resultante de diferencias acumuladas de inequidades asociadas a la educación y a las condiciones de vida y de trabajo (*62*).

El envejecimiento saludable normalmente no se identifica con la ausencia de enfermedades, sino con la capacidad para el funcionamiento autónomo, y para mantener y conservar la calidad de vida, si bien ambos conceptos pueden tener connotaciones diferentes en función del contexto económico y cultural. Para alcanzar las metas del envejecimiento saludable no basta con hacer más de lo que ya se hace, o hacerlo mejor; se necesita un cambio en los sistemas. El envejecimiento continuará siendo un factor clave para la salud pública en las próximas décadas. Las consecuencias del envejecimiento poblacional no se agotan en el mero hecho de que habrá mayor proporción de personas con 60 años o más. Envejecer implica la combinación de múltiples afecciones crónicas y enfermedades infecciosas recurrentes, de la disminución de la masa muscular con el consiguiente aumento de la fragilidad, de los cambios en las funciones sensoriales y cognitivas, y de una declinación de la competencia inmunológica.

Ante esta realidad, la salud pública y los sistemas de salud se están viendo obligados a reaccionar frente a un conjunto bien diferente de imperativos demográficos y epidemiológicos. Al hacerlo, se están encontrando con que no están preparados para afrontar las necesidades y prioridades de poblaciones que envejecen (*60, 63-65*).

Con independencia de las condiciones socioeconómicas de la Región, la esperanza de vida a los 60 años se ubica en torno a los 18 a 23 años adicionales de vida. Las personas de 80 años o más constituyen el grupo con mayor crecimiento demográfico proporcional en la Región. Esta realidad sin precedentes ejercerá una fuerte presión en los paradigmas actuales de la salud pública y de los servicios de salud.

Los países de la Región necesitarán fortalecer sus capacidades nacionales para formular y ejecutar políticas y programas a partir de experiencias exitosas y de toda la evidencia disponible.

MIGRACIONES INTERNAS Y ENTRE PAÍSES

Las migraciones siempre han caracterizado a las sociedades humanas y han planteado importantes desafíos para la salud, aunque solo recientemente la humanidad ha cobrado conciencia de sus dramáticas consecuencias. En la actualidad, continúan siendo la principal vía de escape ante la guerra, los conflictos sociales, las penurias económicas, los desastres naturales y las amenazas climáticas. El impacto de las migraciones en el desarrollo económico y en las transformaciones demográficas de los países siempre ha sido importante, pero tal vez hoy lo sea más que nunca. Sin embargo, en muchos casos, las circunstancias políticas y sociales han convertido la migración en una aventura arriesgada y cargada de amenazas para la salud (*66, 67*).

El volumen de las migraciones contemporáneas y el hecho de que buena parte de los migrantes se desplacen entre regiones del mundo con condiciones de salud y perfiles epidemiológicos diferentes tienen importantes consecuencias tanto para la salud de los migrantes como de las poblaciones receptoras. A ello se suman las circunstancias culturales, las barreras idiomáticas y los modos diversos en que las personas conciben la salud y los servicios de salud en diferentes regiones del planeta. Actualmente, la mayoría de los desplazamientos migratorios se producen en contextos sociopolíticos que suele generar rechazo hacia las poblaciones inmigrantes y que a menudo se manifiestan como prejuicios a escala individual y con políticas excluyentes y discriminatorias a nivel de la sociedad (*68-70*). El rechazo de muchos Estados a ratificar la Convención de los Derechos de los Migrantes demuestra que aún queda mucho trabajo por hacer para alcanzar un consenso en torno a los convenios éticos y reafirmar el derecho universal a la salud.

Las privaciones económicas, las epidemias y los brotes de enfermedades, la inseguridad alimentaria, los peligros asociados al medio ambiente, los conflictos políticos y religiosos, y la discriminación racial y por orientación sexual, son algunos de los factores que dan lugar a flujos migratorios masivos y que afectan la salud de los migrantes durante su tránsito. Estos factores exponen a los migrantes a condiciones de riesgo en relación a los accidentes laborales, la violencia, el abuso de drogas, los trastornos mentales, la tuberculosis, el virus de la inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA), y otras enfermedades infecciosas. A todo ello se suman las barreras que obstaculizan el acceso a los servicios de salud, muchas veces como consecuencia de legislaciones restrictivas, altos costos, diferencias culturales, estigma y discriminación.

Cerca de la mitad de la migración internacional contemporánea involucra a niñas y mujeres que emigran de modo independiente y que pueden quedar atrapadas en las redes de un mercado ilegal o cuando menos irregular. Muchos migrantes, incluso los internos o temporales, suelen ser objeto de discriminación. La migración puede ser unidireccional o multidireccional, temporal o permanente, y muchos de los factores económicos y sociales relacionados con ella, incluidos los que se vinculan directamente con la salud, suelen persistir cuando ya se han resuelto los problemas legales de nacionalidad o residencia. Los determinantes biológicos y genéticos de la salud tienen efectos transgeneracionales que deben tomarse en cuenta. Por consiguiente, deben ponerse en marcha mecanismos de monitoreo de las poblaciones migrantes.

En la Región de las Américas, el contexto social, económico, ambiental y político de los procesos migratorios es dinámico y, junto con grandes desafíos, ofrece también oportunidades en el terreno de la salud para transformarlos en procesos más seguros (*71-74*).

El movimiento de personas entre los países y dentro de ellos es uno de los subproductos de la globalización y, más que nunca antes, un motivo de preocupación. Lo que en otra época era básicamente el resultado de gradientes socioeconómicos se ha convertido en una de las consecuencias de la pobreza, las guerras y los conflictos políticos, sociales y religiosos.

Las migraciones han provocado serias tensiones sobre los sistemas de salud. Muchos migrantes, y en especial quienes tienen la condición de refugiados, han sufrido los efectos de la violencia, la explotación y las múltiples formas de discriminación que afectan directamente su integridad y su salud física y mental. Hay barreras legales y socioeconómicas que impiden o dificultan su acceso a los servicios de atención sanitaria, barreras que no suelen ser sensibles ni a sus problemas de salud ni a sus especificidades culturales.

Los trabajadores en la mayoría de los sistemas de salud desconocen los derechos de los migrantes a la salud, y los servicios de salud están lejos de poder garantizarles el derecho al disfrute de los más altos estándares de salud física y mental que establecen las legislaciones internacionales sobre derechos humanos.

Esta situación requiere una colaboración activa entre diferentes sectores, y el compromiso de los Gobiernos y de todos los actores involucrados en los procesos migratorios para garantizar el derecho a la salud y el cumplimiento pleno de los principios de equidad y no discriminación. En un mundo globalizado en el que las cuestiones de salud trascienden las fronteras nacionales, la incapacidad o la negligencia de los gobernantes para atender los problemas derivados de las migraciones serían desastrosos. La Región no es ajena a estas realidades.

En lo que concierne a los sistemas de salud, sus prioridades en relación con los refugiados y migrantes son: 1) reducir las desigualdades en materia de cobertura y acceso para las poblaciones inmigrantes en comparación con las poblaciones locales; 2) proteger y garantizar su derecho a la salud; 3) estar preparados para poner en práctica un paquete de intervenciones oportunas para reducir el exceso de mortalidad y morbilidad, en particular entre los refugiados y las víctimas de las migraciones forzadas a causa de desastres y conflictos; 4) aplicar mecanismos de monitoreo de la salud; 5) fortalecer y, cuando sea necesario, crear marcos legales para la protección de la salud; 6) promover alianzas, redes de cooperación y legislación internacional para garantizar el financiamiento de los servicios de salud y la protección legal de los migrantes (*75, 76*).

INEQUIDADES Y BARRERAS EN LOS SISTEMAS DE SALUD

El trabajo en pro de la equidad es uno de los desafíos permanentes de los sistemas de salud en la Región de las Américas. A pesar de los progresos significativos observados en los indicadores de salud asociados al desarrollo económico y a la incorporación de nuevos conceptos y recursos, la pobreza y las inequidades continúan siendo un grave problema. Esto se manifiesta en los resultados de la salud individual y colectiva. Por ejemplo, la Región no alcanzó en el 2015 las metas de reducción de la mortalidad materna previstas por los ODM, y a pesar de una importante reducción de las tasas de mortalidad infantil, se mantienen grandes brechas entre los países. Sin acciones de transformación específicas sobre los sistemas de salud, el desarrollo económico es insuficiente para reducir las inequidades (*1, 77, 78*).

Buena parte de los sistemas de salud de la Región han suscrito y se adscriben a los principios de la salud universal, comprometiéndose con la implementación de modelos de atención centrados en las personas y las comunidades, basados en la atención primaria de salud (*79*). Sin embargo, las realidades y prácticas vigentes, así como las estructuras características del modelo biomédico tradicional y la erogación del mayor volumen de fondos a los cuidados y servicios hospitalarios, están constriñendo los desarrollos propuestos, que ampliarían el poder de resolución del primer nivel de atención, que tendría mayor correspondencia con la distribución geodemográfica de las cargas de morbilidad.

Los países necesitan agilizar la transformación de sus sistemas de salud hacia la salud universal. Con este fin, es previsible que la consolidación de procesos democráticos más participativos, con el apoyo de una abogacía cada vez mejor organizada, estimule una mayor demanda social de cobertura y acceso universal.

La evaluación del desempeño de los sistemas de salud tendrá que realizarse en dos dimensiones, para lo cual en la actualidad no hay suficiente información. Una de ellas, la dimensión tradicional, implica la medición y el monitoreo de las tendencias de los indicadores de salud usuales, tanto los negativos, que miden mortalidad, morbilidad y carga de enfermedad, como los positivos, que miden cobertura, acceso y calidad de los servicios. Normalmente, el desempeño en esta dimensión se evalúa midiendo la brecha entre las metas esperadas y los logros reales.

La equidad en salud añade un segundo plano a la medición del desempeño, cuya existencia tiene sólido arraigo en el principio de salud como derecho humano (*80, 81*). Los indicadores de salud deben mejorar sin que se incrementen las brechas entre los estratos sociales de la población. En otras palabras, el mejoramiento de los indicadores y la reducción de las brechas definen las dos dimensiones en que debe evaluarse el desempeño de los sistemas.

El monitoreo del desempeño, no obstante, plantea el problema metodológico y los desafíos prácticos de elegir criterios de estratificación y determinar indicadores de salud relevantes, así como criterios adecuados para evaluar las desigualdades. Los criterios deben ser medibles y fáciles de calcular, y basarse en información actual y fiable.

El monitoreo del desempeño también requiere capacidad técnica para interpretar y comunicar los resultados (*82-85*).

Desde otra perspectiva, los sistemas de salud deben superar otras barreras de índole financiera, cultural, étnica y geográfica relacionadas con el contexto físico y social, que se interponen en el camino hacia el logro de la salud universal.

La estrategia de salud universal, aprobada en octubre del 2014 por los Estados Miembros de la OPS, propone el fortalecimiento de los sistemas y servicios de salud para reducir las inequidades mediante la cobertura y acceso universales. La estrategia subraya la necesidad de aumentar y mejorar la inversión en salud, dirigida en particular a fortalecer el primer nivel de atención, y avanzar hacia la creación e implementación de redes integradas de servicios de salud. Reconoce, además, la necesidad de un enfoque intersectorial que permita abarcar el amplio espectro de los determinantes sociales de la salud, muchos de los cuales quedan fuera del control directo de los sistemas de salud. El enfoque intersectorial y el principio de los determinantes sociales como base de la estrategia son indispensables para reducir las inequidades en salud.

PANORAMA REGIONAL DE LA SALUD EN LAS AMÉRICAS



SITUACIÓN DE SALUD DE LA POBLACIÓN[1]

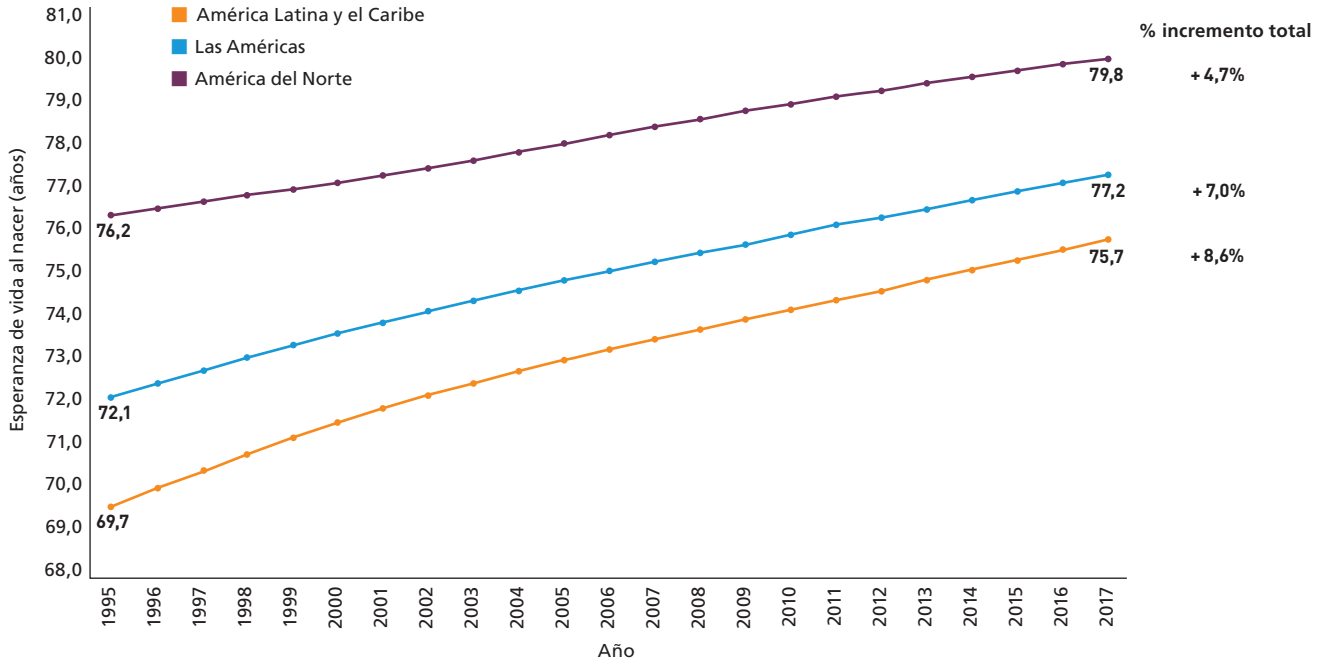
En este capítulo se resumen algunas estadísticas sanitarias importantes de la Región entre los años 2010 y 2015. Esta información se encuentra agrupada en los siguientes apartados: A) características de la población y sus tendencias, B) situación y tendencias de la mortalidad, C) problemas críticos de salud y enfermedad, D) enfermedades crónicas no transmisibles y por causas externas y E) situación de la salud a lo largo del curso de la vida.

A) CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN Y SUS TENDENCIAS

En el 2017, la población de las Américas era de 1 000,0 millones de habitantes, lo que representaba el 13% de la población mundial *(86)*. La Región de las Américas presenta la proporción de población urbana más elevada del mundo, ya que supera el 80%. La cifra se distribuye prácticamente igual entre América del Norte (82%) y América Latina y el Caribe (80%). Incluye tres de las seis megalópolis del mundo (Ciudad de México, Nueva York y São Paulo), cada una con cerca de 20 millones de habitantes *(87)*. Los países de la Región se enfrentan a un proceso progresivo de envejecimiento. La mitad de ellos exhiben tasas de fecundidad inferiores a 2,1 hijos por mujer, típicas de la fase demográfica de "población sin reemplazo" *(88,89)*. Sin embargo, durante 2010-2015, la tasa de embarazos adolescentes en América Latina y el Caribe seguía siendo la segunda más alta del mundo (66,5 nacidos vivos por 1 000 mujeres de 15 a 19 años). La esperanza de vida en el mundo aumentó en 3 años entre 2000-2005 y 2010-2015 (de 67,1 a 70,5) *(88)*. En la Región, la esperanza de vida resultó más elevada que la observada a nivel mundial; en América Latina y el Caribe fue de 74,5 años, y en América del Norte de 79,2 años (Bermudas, Canadá y Estados Unidos) *(89)* **(figura 1)**. En el 2017, se estimó que 26% de la población infantil (*0 a 14 años*) y 17% de la población adolescente (15 a 24 años) del mundo residían en América Latina y el Caribe *(86)*. En el 2017, la población de las Américas tenía un promedio de 14,6% de personas mayores de 60 años de edad, con máximos de alrededor de 20% en Barbados, Canadá, Cuba, Estados Unidos de América y Uruguay, y un mínimo de 5,9% en Belice *(86)*. La población mayor de 80 años era de 3,8% en América del Norte y de 1,6% en América Latina *(89)*. Se espera que para el 2050 esta población llegue a 8,6% y 5,7%, respectivamente. Entre el 2010 y el 2015 el número de inmigrantes latinoamericanos y caribeños representaba 5% de la población total de Estados Unidos de América *(90)*.

1 Los lectores pueden encontrar información y analisis más detallados en la plataforma digital de Salud en las Américas (**www.paho.org/hia2017**) y en **www.paho.org/PLISA**.

Figura 1. Esperanza de vida al nacer, Región de las Américas, América del Norte y América Latina y el Caribe 1995-2017



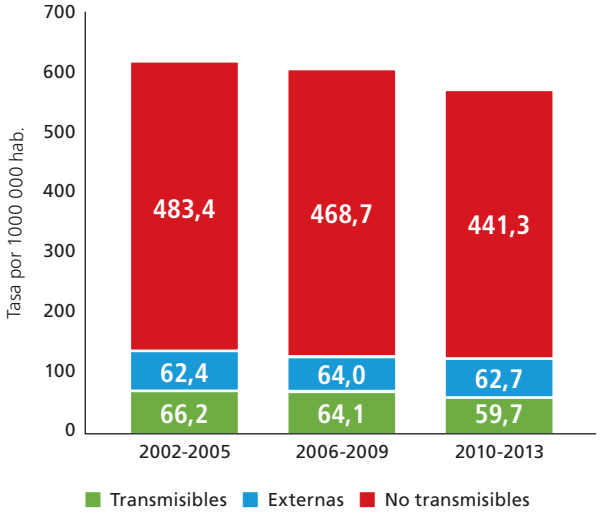
B) SITUACIÓN Y TENDENCIAS DE LA MORTALIDAD

Para evaluar la mortalidad en la Región de las Américas, se realizó un estudio ecológico usando datos de la base de datos sobre mortalidad de la OPS para el período 2002-2013 y los indicadores sobre la mortalidad materna e infantil estimada obtenidos de grupos interinstitucionales. Se describe la magnitud, la distribución y las tendencias de los datos sobre mortalidad en tres períodos (2002-2005, 2006-2009 y 2010-2013). Se calcularon las tasas de mortalidad ajustadas según la edad usando la estructura etaria de la población mundial de la OMS elaborada para el período 2000-2025 como población estándar.

La Región ha experimentado importantes mejoras en calidad de los datos de mortalidad. El subregistro de mortalidad entre 2002-2005 y 2010-2013 ha disminuido de 7,2% a 5,9%, las causas mal definidas, de 4,7% a 3,4%, si bien los códigos poco útiles se han incrementado de 14,8% a 15,2% en el mismo lapso.

Las tasas de mortalidad por enfermedades transmisibles ajustadas según la edad disminuyeron de 66,2 (en el período 2002-2005) a 59,7 por 100 000 habitantes (en el período 2010-2013), lo que representa una reducción de 9,9%. De manera análoga, las tasas de mortalidad por enfermedades no transmisibles ajustadas según la edad disminuyeron en forma sostenida desde 483,4 en el 2002-2005 a 441,3 por 100 000 habitantes en el período 2010-2013. Las tasas de mortalidad por causas externas aumentaron de 62,4 a 64,0 por 100 000 habitantes entre los períodos 2002-2005 y 2006-2009, y disminuyeron a 62,7 por 100 000 habitantes entre los años 2010-2013 **(figura 2)**.

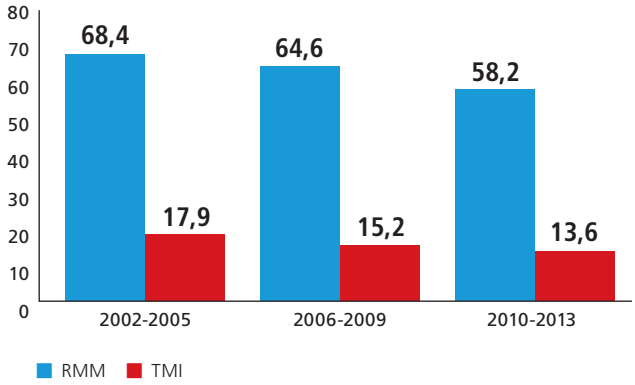
Figura 2. Carga global de enfermedad, tasas de mortalidad ajustadas por edad en la Región de las Américas, 2002-2005, 2006-2009 y 2010-2013



Entre el 2010 y el 2013, las principales causas de muerte por grupo de edad fueron las siguientes: en el grupo de 10 a 24 años de edad, homicidios (20,4 por 100 000 habitantes), accidentes de tránsito (13,4 por 100 000) y suicidios (5,7 por 100 000); en el grupo de 25 a 64 años de edad, cardiopatías isquémicas (35,9 por 100 000), diabetes (19,1 por 100 000) y homicidios (18,3 por 100 000); en los mayores de 65 años de edad, cardiopatías isquémicas (620,6 por 100 000), enfermedad vascular cerebral (327,5 por 100 000), y demencia y enfermedad de Alzheimer (292,8 por 100 000).

Entre 2002-2005 y 2010-2013, la razón de mortalidad materna disminuyó de 68,4 a 58,2 por 100 000 nacidos vivos **(figura 3)**. La subregión con la tasa de mortalidad materna más alta entre el 2010 y el 2013 fue el Caribe latino, con 192,2 por 100 000 nacidos vivos. Entre el 2010 y el 2013, 66,4% de todas las muertes maternas se debieron a causas obstétricas directas. La tasa de mortalidad infantil en la Región disminuyó de 17,9 por 1 000 nacidos vivos a 13,6 por 1 000 nacidos vivos entre 2002-2005 y 2010-2013 **(figura 3)**. La principal causa específica de muerte neonatal en las Américas es la insuficiencia respiratoria.

Figura 3. Razón de mortalidad materna (RMM) por 100 000 nacidos vivos y tasa de mortalidad infantil (TMI) por 1 000 nacidos vivos, Región de las Américas, 2002-2005, 2006-2009 y 2010-2013



C) PROBLEMAS CRÍTICOS DE SALUD Y ENFERMEDAD

Enfermedades emergentes y desastres

Influenza. Desde 2009, los virus de la influenza estacional que circulan en las Américas son: influenza A (H1N1) pdm09, influenza A (H3N2), e influenza B (linajes Victoria y Yamagata). Las tendencias y la gravedad de las estaciones de influenza varían según los años, la subregión y el país. En Brasil, Canadá y Estados Unidos de América se han detectado virus de influenza de origen porcino (H1N1v, H3N2v y H1N2v) en seres humanos.

Cólera. Del 2010 al 2016 se notificaron casos de cólera en Cuba, Haití, México y la República Dominicana. Haití informó 179 379 casos y 3 390 defunciones en el 2010. En el 2011, se registró el mayor número casos en el período (340 311). A partir del brote de Haití del 2010 al 2013, se han notificado casos en Cuba (469 casos y 3 defunciones), la República Dominicana (32 778 casos y 488 defunciones) y México (203 casos y una defunción) *(91)*.

Resistencia antimicrobiana. Desde 1996 hasta la fecha, se han documentado tendencias crecientes en la resistencia antimicrobiana de los principales agentes patógenos humanos, tanto comunitarios como hospitalarios *(92)*. Los sistemas de vigilancia han permitido documentar la diseminación de mecanismos emergentes de resistencia en la Región. Entre el 2011 y el 2016 se documentó la diseminación de carbapenemas de tipo KPC en casi todos los países de América Latina. Este mecanismo tiene una letalidad de hasta 50% en el contexto de brotes en unidades de cuidados intensivos *(93)*. También se detectó la presencia y diseminación de otros mecanismos emergentes de resistencia, en enterobacterias, como carbapenemasas de tipo OXA, NDM-1 metalobetalactamasas, y la resistencia a colistina mediada por plásmidos [mcr-1].

Desastres. En el mundo se registraron un total de 3 311 desastres entre el 2010 y el 2016, de los cuales 20,6% (682) tuvieron lugar en la Región de las Américas y generaron un impacto económico superior a los US$ 300 000 millones. El 58,6% de los eventos (400) que ocurrieron en la Región fueron fenómenos hidrometeorológicos, y su costo asociado fue de alrededor de US$ 278 millones. Los sismos registrados en el 2010 en Haití y Chile, y en el 2016 en Ecuador, ocasionaron daños considerables en el sector de la salud, especialmente en su infraestructura, disminuyendo de esta forma la capacidad de atención efectiva de la población. Es necesario establecer sistemas de salud más resilientes frente a emergencias y desastres, fortalecer las capacidades de respuesta interna de los países, y mejorar la coordinación y cooperación entre países.

Enfermedades transmitidas por vectores

Chikunguña. En diciembre del 2013 se diagnosticaron los primeros casos locales de chikunguña en el territorio

francés de Saint-Martin (*94*). En el 2015, la transmisión se documentó en 44 países y territorios de la Región, con una incidencia acumulada promedio de 73,3 casos por 100 000 habitantes. En el 2016, se notificaron 361 312 casos sospechosos acumulados (tasa de incidencia acumulada de 51,9 por 100 000 habitantes), de los cuales se confirmaron 157 288 casos.

Zika. En febrero del 2014 se documentó la transmisión del virus del Zika en las Américas. Entre mayo del 2015 y diciembre del 2016, se notificaron 712 167 casos autóctonos de zika, con 18 muertes. Durante el mismo período se notificaron 2 525 casos como síndrome congénito asociado con la infección por el virus del Zika. Se ha establecido una asociación entre infección por el virus del Zika y trastornos neurológicos y malformaciones congénitas. Además de la transmisión por mosquitos *Aedes*, se han documentado casos de zika transmitidos por vía sexual (*95, 96*).

Fiebre amarilla. Hay 14 países endémicos de fiebre amarilla en la Región. Sin embargo, solo cinco (Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador y Perú) han notificado casos de fiebre amarilla entre el 2011 y el 2016 (*97, 98*). Del 2010 al 2016, se notificaron 269 casos confirmados de fiebre amarilla, con un promedio de 48 casos por año. Brasil reportó un brote de fiebre amarilla a finales del 2016. Entre el 1 de diciembre del 2016 y el 17 de marzo del 2017, se han notificado un total de 448 casos confirmados de fiebre amarilla, incluidas 144 defunciones confirmadas (tasa de letalidad de 32%). El brote afecta a ocho estados, Bahía, Espírito Santo, Goiás, Minas Gerais, Rio Grande do Norte, Rio de Janeiro, São Paulo y Tocantins (*99*).

Dengue. Entre el 2011 y el 2015 se notificaron 8 207 797 casos acumulados de dengue en la Región, 58% más que en el período 2006-2010. De estos casos, 118 837 (1,4%) fueron graves, y se registraron 5 028 defunciones (0,06%), un aumento de 93% en comparación con el período 2006-2010. Entre el 2011 y el 2015 se observaron dos brotes de dengue (en el 2013 con 2 386 836 casos y en el 2015 con 2 430 278 casos). La literatura indica que los brotes de dengue ocurren cada 3 a 5 años; sin embargo, este acortamiento del tiempo entre brotes se asoció principalmente a una notificación excesiva de casos sospechosos debido a la introducción de dos nuevas enfermedades por arbovirus en las Américas, con manifestaciones clínicas similares al dengue (chikunguña y zika) (*96*).

Malaria. Entre el 2000 y el 2015, el número de casos de malaria en las Américas disminuyó en 62% (de 1 181 095 casos a 451 242). En el mismo período, las muertes relacionadas con la malaria descendieron en 76% (de 410 muertes a 98). De todos los casos, 77% fueron notificados por Brasil, Perú y Venezuela. A finales del 2015, había 21 países con malaria endémica en las Américas. Todos los países endémicos, con excepción de Haití y Venezuela, han reducido la morbilidad en comparación con el 2000. Entre el 2014 y el 2015, Venezuela registró un aumento de 50% en el número de casos de malaria (de 90 708 casos a 136 402). Si esta tendencia continúa, se prevé que Venezuela presente el mayor número de casos de la Región.

Enfermedades desatendidas. Se estima que en la Región 6 millones de personas viven con la enfermedad de Chagas. Diecisiete países endémicos han interrumpido la transmisión de *Trypanosoma cruzi*. Originalmente había 13 focos documentados de oncocercosis en seis países, Brasil, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Venezuela, con una población en riesgo de aproximadamente 568 000 personas (*100, 101*). Debido al éxito de los programas de eliminación en Colombia, Ecuador, Guatemala y México (*102*), en la actualidad, la población en riesgo de oncocercosis en las Américas es de 29 500 personas, solo 5% de la población en riesgo inicial, en un solo foco compartido entre Brasil y Venezuela.

Enfermedades prevenibles por vacunación. En las Américas, 36 países y territorios pasaron de la vacuna antipoliomielítica oral trivalente (tOPV) a la vacuna oral bivalente (bOPV), en un esfuerzo coordinado a nivel mundial. En el 2015, la Región fue declarada libre de rubéola y del síndrome de rubéola congénita por un Comité Internacional de Expertos, y en el 2016, el mismo Comité la declaró libre de sarampión. Según los datos comunicados por los países en el 2015, la cobertura en la Región de las Américas de la vacunación contra la difteria, la tos ferina y el tétanos (DPT3), y la tercera dosis de la vacuna contra la poliomielitis en niños menores de 1 año, fue de 91% y 92%, respectivamente. La cobertura de la vacunación contra el sarampión y la rubéola en niños de 1 año fue de 93%. En el mismo año, 19 países o territorios informaron una cobertura nacional promedio de al menos 95% con DPT3 en niños menores de 1 año. Sin embargo, todavía hay desigualdad en la cobertura de inmunización, tanto entre los países como dentro de cada país. En el 2015, de un total de casi 15 000 municipios de América Latina y el Caribe, 8 456 (56%) notificaron una cobertura de vacunación con DPT3 por debajo de 95%.

Enfermedades crónicas transmisibles

Tuberculosis. La región de las Américas fue la primera del mundo en cumplir las metas de los ODM relacionadas con el control de la tuberculosis (TB) al disminuir la incidencia a partir de 1990, y reducir en 50% la prevalencia y mortalidad al 2015 respecto de 1990 (*103, 104*). Sin embargo, los progresos en cuanto a cerrar brechas en la detección o notificación de los casos nuevos de TB, de TB multirresistente a medicamentos (TB-MDR, por sus siglas en inglés) y de la coinfección TB/VIH han sido lentos, por lo que la TB se mantiene como un grave problema de salud pública. Las tasas de mortalidad por TB han disminuido de 4,3 a 2,5 por 100 000 entre el 2000 y el 2015 (*104*). La coinfección por el VIH sigue siendo uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad, la gravedad y la muerte. En el 2015, se diagnosticaron y notificaron 218 700 casos de TB, con una incidencia de 22,1 casos por 100 000 habitantes; la tendencia de la incidencia en el período 2000-2015 mostró una disminución de 1,8% por año. En el 2015, la Región de las Américas presentó 4 508 casos de TB-MDR, lo que representa 55% de las estimaciones entre los pacientes notificados con TB pulmonar. Las limitaciones en el diagnóstico de TB-MDR se deben a insuficiente capacidad de laboratorio y a la lenta implementación de los nuevos métodos moleculares de diagnóstico (*105-107*).

Lepra. Entre el 2010 y el 2014 se registró una disminución en el número de casos nuevos notificados en América Latina y el Caribe, de 37 571 a 33 789 casos. Brasil acumula 91,9% de todos los casos notificados.

VIH. Se estima que en el 2015, en América Latina y el Caribe había 2 millones de personas infectadas por el VIH, de las cuales 98% tenían 15 años o más. La prevalencia estimada de infección por el VIH en personas de 15 a 49 años se mantuvo estable en la última década. En el 2015, se situó en torno a 0,5% (0,4-0,6%) y afectó especialmente a la población del Caribe, con una prevalencia de 1%. En América Latina, la epidemia ha afectado principalmente a los hombres, que representan 68% de las personas con VIH, mientras que en el Caribe, 52% de las personas con VIH son mujeres (*108*). Las poblaciones más afectadas son hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, trabajadores del sexo, mujeres transgénero, usuarios de drogas inyectables y poblaciones indígenas. En el 2015, la prevalencia mediana de la infección por el VIH en hombres que tienen relaciones con otros hombres fue de 15%.

Infecciones de transmisión sexual (ITS). Se estiman anualmente 64 millones de casos nuevos de ITS curables (*Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae*, sífilis y *Trichomonas vaginalis*) en personas de 15 a 49 años (*109*). La infección por el virus del papiloma humano (VPH), es la infección viral más frecuente del tracto genital. La prevalencia estimada del VPH en América Latina y el Caribe es de 16,1% (*110*). Se estima que para 2014, entre 7,1 y 16,6 millones de mujeres habrían sido vacunadas contra el VPH en América Latina y el Caribe, con una cobertura de 19% entre mujeres y niñas de 10 a 20 años (*111*).

Zoonosis

Rabia. La rabia es endémica en la mayor parte del mundo, y se considera una importante enfermedad zoonótica desatendida que afecta principalmente a las poblaciones pobres y vulnerables residentes en zonas con infraestructuras débiles en materia de salud humana y animal. En el 2015 se presentaron 18 casos de rabia humana en la Región, 12 de ellos debidos a la transmisión por perros.

Leptospirosis. Los países de América Latina con mayor número de casos de leptospirosis, en el 2014 fueron Brasil (3 974 casos, con una tasa de incidencia acumulada de 2,0 por 100 000 habitantes), Perú (*2* 329 casos, tasa de 7,7) y Colombia (867 casos, tasa de 1,8). Para el Caribe no latino, fueron Trinidad y Tabago (363 casos, tasa de 27), Guadalupe (69 casos, tasa de 15,0) y San Vicente y las Granadinas (17 casos, tasa de 16,5).

Fiebre aftosa. La Región alcanzó en el 2017 un hito histórico: cuatro años consecutivos sin que se notificara ningún caso de fiebre aftosa. Sin embargo, la reaparición de la enfermedad en Colombia (virus del serotipo O) a finales de junio del 2017 demuestra que la fiebre aftosa no deja de ser un riesgo para Colombia y los países vecinos, y que es necesario hacer un esfuerzo constante para fortalecer los programas nacionales que tienen como objetivo prevenir y erradicar la enfermedad.

D) ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES Y POR CAUSAS EXTERNAS

Enfermedades crónicas no transmisibles. Las enfermedades crónicas no transmisibles son responsables de casi cuatro de cada cinco muertes anuales en las Américas, y se prevé que estas cifras aumenten en las próximas décadas como consecuencia del crecimiento de la población, el envejecimiento, la urbanización, y la exposición al medio ambiente y a los factores de riesgo (*43*). De todas las muertes causadas por estas enfermedades, 35% se registraron prematuramente en personas de 30 a 70 años de edad, entre quienes el cáncer y las enfermedades cardiovasculares totalizaron 65% del total de esas defunciones prematuras.

AVANCES DE SALUD EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

- La esperanza de vida aumentó aproximadamente a 75 años en el quinquenio 2010-2015. La población ha ganado 16 años de vida como promedio en los últimos 45 años, es decir, prácticamente 2 años por quinquenio.
- La razón de mortalidad materna disminuyó de 68,4 muertes en el 2002-2005 a 58,2 muertes por 100 000 nacidos vivos en el período 2010-2013 (14,9% de reducción).
- La tasa de mortalidad infantil se redujo de 17,9 muertes por 1 000 nacidos vivos en el período 2002-2005 a 13,6 en el período 2010-2013 (24,0%).
- El número de casos de malaria disminuyó en un 62% entre el 2000 y el 2015 (de 1 181 095 a 451 242).
- Debido al éxito de los programas de eliminación, la oncocercosis disminuyó el número de focos activos de 12 a un solo foco compartido en la región amazónica entre Brasil y Venezuela.
- Entre el 2010 y el 2014, los casos nuevos reportados de lepra disminuyeron el 10,1%, (de 37 571 a 33 789).
- En el 2015, el Comité Internacional de Expertos declaró la Región libre de la transmisión endémica de rubéola.
- En el 2016, el Comité Internacional de Expertos declaró la Región libre de sarampión.
- Entre el 2005 y el 2015 las defunciones relacionadas con sida han disminuido de 73 579 a 49 564, es decir 67% de reducción gracias a que el tratamiento antirretroviral se proporciona de forma más temprana.
- Las políticas de control de tabaco implementadas impactan positivamente en la carga de enfermedades no transmisibles, tal como ocurrió en Uruguay, Brasil y Panamá.
- La Región logró el 67% de reducción de la tasa de mortalidad de menores de 5 años, al pasar de 53,8 por 1 000 nacidos vivos en 1990 a 17,9 en el 2015.
- La tasa de fecundidad entre adolescentes en América Latina y el Caribe disminuyó de 70,4 nacimientos por 1 000 mujeres de 15-19 años en 2005-2010 a 66,5 en 2010-2015, 5,5% de reducción.
- La atención prenatal (considerando como mínimo cuatro visitas prenatales) se incrementó en toda América, pasando de una media estimada de 79,4% en el 2005 a 88,2% en el 2016.
- Entre el 2005 y el 2015, en las Américas la cobertura de parto institucional pasó de 91,3% a 95,6%.
- Se ha demostrado que el serotipo C del virus de la fiebre aftosa ya no está circulando en la Región, por lo que ha recomendado que se elimine este serotipo de las vacunas en uso.

En relación con los **factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles,** el promedio anual de consumo de alcohol por persona entre los mayores de 15 años fue de 8,4 litros *(43)*. En el 2010, aproximadamente 81% de los adolescentes escolares de 11 a 17 años realizaban insuficiente actividad física (87,1% las niñas y 75,3% los varones *(44)*. La prevalencia estandarizada por edad del consumo actual de tabaco entre las personas de 15 años o más, estimada para el 2013, era de 17,5%, mayor en los hombres que en las mujeres *(43)*. En el 2014, la prevalencia estandarizada de la presión arterial elevada (18,7%) fue menor que la prevalencia global de 22% *(44)*. En las Américas, el 15% de la población con más de 18 años vive con **diabetes**. Este número se ha triplicado durante la última década; asimismo, la prevalencia de glucosa elevada en la sangre aumentó de 5,0% en 1980 a 8,5% en el 2014 (8,6% hombres y 8,4% mujeres) *(43)*. La tasa de obesidad (IMC ≥ 30 kg por m^2) en las Américas es más del doble del promedio global (26,8% frente a 12,9%), con mayor prevalencia en las mujeres (29,6%) que en los hombres (24,0%) *(43)*. En el 2014, la tasa de mortalidad estandarizada por edad de diabetes tipo 2 en la Región muestra una ligera diferencia entre los hombres (35,6) y las mujeres (31,6) por 100 000 habitantes *(43)*. La prevalencia de sobrepeso en niños menores de 5 años era de 7,2% en el 2012 *(43)*.

La **enfermedad cardiovascular (ECV)** es la principal causa de muerte en la Región, aunque la mortalidad por esta causa ha disminuido constantemente en la mayoría de los países de las Américas, con una reducción general de 19% entre el 2000 y el 2010 (20% en mujeres y 18% en hombres). Un total de 1 300 000 personas murieron de **cáncer** en el 2012 *(43)*. Aproximadamente 45% de estas defunciones son prematuras, y corresponden a personas menores de 70 años, incluyendo casi 9 000 niños menores de 14 años de edad.

Durante las últimas dos décadas, las naciones centroamericanas han notificado un creciente número de casos de personas con **enfermedad renal crónica de causas no tradicionales (ERCnt)**. La enfermedad es más común entre jóvenes trabajadores agrícolas masculinos, y se asocia principalmente con determinantes ambientales, como el uso indebido de productos agroquímicos, y con riesgos ocupacionales como la exposición a altas temperaturas e insuficiente consumo de agua. Un análisis de la mortalidad por ERCnt mostró un sostenido aumento de las tasas en El Salvador, que pasó de 18,7 muertes por 100 000 en 1997 a 47,4 por 100 000 en el 2012, y en Nicaragua, que pasó de 23,9 muertes por 100 000 en 1997 a 36,7 por 100 000 en el 2013.

Salud mental. Los trastornos mentales, neurológicos y por el abuso de sustancias son los principales factores que contribuyen a la morbilidad, la discapacidad, las lesiones, la mortalidad prematura, y los aumentos del riesgo para otras condiciones de salud. En el 2013, la prevalencia de estos trastornos en las Américas, estimada en 12 meses, varió entre 18,7% y 24,2%: la tasa de trastornos de ansiedad, entre 9,3% y 16,1%; la de trastornos afectivos, entre 7,0% y 8,7%; y la de trastornos por el abuso de sustancias, entre 3,6% y 5,3%.

Lesiones causadas por accidentes de tránsito. En las Américas, las lesiones causadas por los accidentes de tránsito causaron la muerte de 154 089 personas en el 2013, lo que representa el 12% de las muertes por accidentes de tránsito en todo el mundo, y un aumento de 3% en las defunciones por esa causa, en comparación con 2010.

Violencia. En América Latina y el Caribe se encuentran 18 de los 20 países con la mayor tasa de homicidios en el mundo, debida en parte a la actividad de pandillas y al crimen organizado *(112)*. Los hombres son víctimas de mayores niveles de violencia mortal, pero las mujeres tienen mayor riesgo de ser asesinadas por un compañero, y de sufrir violencia sexual y otras formas de violencia no mortal *(112, 113)*. La OMS calcula que casi una tercera parte (29,8%) de las mujeres que en algún momento tuvieron pareja en América Latina y el Caribe han sufrido maltrato físico o sexual por parte de un compañero íntimo en algún momento de su vida *(113)*. La mayoría de los niños de 0 a 17 años de edad sufren abuso físico, sexual o emocional cada año (58% en América Latina y el Caribe y 61% en América del Norte) *(114)*.

Accidentes y enfermedades ocupacionales

En el 2016, se estimaba que la fuerza de trabajo de la Región era de 661 millones de personas, de las cuales 63,8% (422 millones) se encontraban en América Latina y el Caribe y, 36,2% (239 millones), en América del Norte. Desde 2013, las tasas de desocupación laboral aumentaron, y se dispararon de 6,6% en el 2015 a 8,1% en el 2016 *(115)*. En el 2007 se estimó que en la Región hubo al menos 7,6 millones de accidentes de trabajo (20 825 diarios), más frecuentes en hombres, y que ocasionaron 11 343 muertes, de ellas, 5 232 en América Latina y el Caribe *(116)*. La construcción, la minería, la agricultura y el transporte fueron los sectores económicos con mayor número de accidentes mortales *(117)*. Las enfermedades profesionales tienen un subregistro mayor por su larga latencia y difícil identificación, y quedan invisibles dentro de los registros de las enfermedades no transmisibles.

E) SITUACIÓN DE LA SALUD A LO LARGO DEL CURSO DE LA VIDA

Salud de la niñez. La Región logró reducir la mortalidad infantil (ODM 4) en 67%: de 53,8 a 17,9 por cada 1 000 nacidos vivos entre 1990 y 2015. La diarrea y la neumonía siguen siendo causas importantes de defunción; estas dos enfermedades causaron 14% del total de muertes en niños en el 2015. De todas las muertes de menores de 5 años, la diarrea causa un 10% en Haití, 8% en Nicaragua, 7% en Guatemala y 6% en Bolivia. En estos países el uso de sales de rehidratación oral es bajo (alrededor de 50%). La proporción de neumonía como causa de mortalidad de menores de 5 años es de 23% en Haití, 17% en Guatemala, 16% en Nicaragua y 14% en Bolivia. El uso de servicios de salud cuando los síntomas de neumonía están presentes también es bajo en estos países (entre 50% y 60%). El grupo de 5 a 9 años de edad ha sido descuidado, tanto con respecto a las intervenciones de salud como a la medición de sus condiciones. En América Latina y el Caribe, las lesiones causadas por el tránsito y las no intencionales se encuentran entre las principales causas de muerte entre los niños de 5 a 14 años. Las enfermedades infecciosas (infecciones respiratorias, diarrea, tuberculosis y meningitis, entre otras) son el segundo grupo de causas de muerte.

Salud de los adolescentes. Actualmente, la población de jóvenes es la cohorte más grande de la Región. Se estima que 16% de la población total de las Américas se encuentra en el grupo de 10 a 19 años de edad (18% en América Latina y el Caribe) *(118)*. La educación ha sido identificada

ASPECTOS DESTACADOS SOBRE LA SALUD EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES Y CONDICIONES CRÓNICAS

- Las enfermedades no transmisibles (ENT) son las principales causas de muerte en la Región: causan cada año casi cuatro de cada cinco muertes.
- De todas las muertes por ENT, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes son las cuatro principales causas de muerte.
- Los cuatro principales factores de riesgo de las ENT son una alimentación poco saludable, la actividad física insuficiente, el consumo de tabaco y el consumo nocivo de alcohol.
- En la Región de las Américas, el alcohol constituye un considerable problema de salud pública, de forma que ocupa el segundo lugar en el mundo en cuanto a consumo per cápita de alcohol y episodios de consumo excesivo de alcohol. Existe una relación dosis-efecto: a mayor consumo, mayor riesgo de que haya una consecuencia negativa.
- El consumo de tabaco es un factor de riesgo fundamental de las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes. La aplicación eficaz de las medidas establecidas en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco promueven la reducción del consumo de tabaco y la exposición al tabaco.
- La obesidad aumenta las probabilidades de presentar diabetes, hipertensión, cardiopatías coronarias, accidentes cerebrovasculares, ciertos tipos de cáncer, apnea obstructiva y osteoartritis, entre otros. La Región de las Américas es la región de la OMS con la prevalencia más alta de sobrepeso y obesidad, y afecta más a las mujeres que a los hombres.
- La obesidad ha alcanzado proporciones epidémicas en los niños, los adolescentes y los adultos. Se necesitan políticas reglamentarias para promover, respaldar y proteger la alimentación sana, la restricción de la mercadotecnia, la regulación del etiquetado y la aplicación de impuestos a las bebidas azucaradas y otros productos procesados y ultraprocesados con alto contenido de calorías, azúcar, grasas y sodio.
- La tensión arterial alta, comúnmente conocida como hipertensión, afecta a mujeres y hombres por igual y sigue teniendo una repercusión negativa en la mortalidad y la aparición de enfermedades cardiovasculares y otras ENT.
- En todo el mundo, alrededor de 422 millones de adultos mayores de 18 años viven con diabetes. De esta cifra, unos 62 millones (15,0%) viven en la Región de las Américas, lo que implica que la cifra se ha triplicado en el último decenio.
- En la Región de las Américas, el cáncer afecta cada año a casi 3 millones de personas, y causa 1,3 millones de muertes, 45% de las cuales son prematuras (es decir, ocurren en personas menores de 70 años). En América Latina y el Caribe, las principales causas de las muertes por cáncer son el de próstata, el de pulmón, el de estómago y el colorrectal en los hombres, y el de mama, el de estómago, el de pulmón, el cervicouterino y el colorrectal en las mujeres.
- Las ENT representan un obstáculo clave para el alivio de la pobreza y el desarrollo sostenible. Para hacer un diagnóstico temprano de las ENT cuando son más fáciles de tratar se requieren sistemas de salud fuertes.
- La mayor parte de los países de la Región de las Américas han adquirido el compromiso de abordar y vigilar eficazmente las ENT. El costo de la falta de acción tendrá efectos negativos en la salud, la calidad de vida y el bienestar económico de las personas y la sociedad.

como uno de los determinantes estructurales de la salud de los adolescentes. Se estima que, en las Américas, la tasa de alfabetización de los jóvenes de 15 a 24 años supera 98%, con un índice de paridad de género cercano al 1. Sin embargo, en la mayoría de los países, el porcentaje de adolescentes matriculados en la secundaria es significativamente menor. Las principales causas de muerte en adolescentes son las causas externas, en especial los homicidios, los suicidios y las lesiones causadas por los accidentes de tránsito. Ocho de los 11 países con datos sobre anemia en adolescentes de 12 a 19 años, informaron porcentajes de anemia de 10% y más. La marihuana es la sustancia psicoactiva más utilizada entre los adolescentes, después del tabaco y el alcohol. De acuerdo con el *Informe sobre uso de drogas en las Américas, 2015*, el consumo de marihuana durante toda la vida entre los estudiantes de 12.º grado varió de 1,9% en Venezuela

a 49,4% en Chile y en el año pasado de 1,1% en República Dominicana a 38,9% en Chile (*119*). Las tasas de fecundidad de los adolescentes en Canadá y Estados Unidos de América se encuentran por debajo de la media mundial y han estado disminuyendo constantemente durante la última década. En contraste, la Región de América Latina y el Caribe tiene la segunda tasa de fecundidad adolescente más alta del mundo, estimada en 66,5 nacimientos por cada 1 000 niñas de 15 a 19 años para el período 2010-2015, en comparación con 46 nacimientos por cada 1 000 niñas en todo el mundo (*120*). Según estimaciones del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), la prevalencia del VIH en adolescentes en América Latina y el Caribe ha venido disminuyendo, con una tasa estimada de 0,16% entre las mujeres y de 0,23% entre los varones. Los datos muestran tendencias crecientes en el conocimiento integral del VIH y el uso del condón con parejas no regulares en la Región.

Salud materna. Se han hecho notables avances en el área de la salud materna. Todos los países de las Américas han mejorado sus índices de desarrollo humano entre 1990 y el 2014, lo que tiene una repercusión positiva sobre la salud materna. La atención prenatal, evaluada mediante el porcentaje de embarazadas con al menos cuatro controles prenatales, se incrementó en toda la Región, desde 79,4% en el 2005 hasta 88,2% en el 2016. La cobertura de control prenatal en América Latina y el Caribe era de 72,6% en el 2005 y aumentó a 85,7% en el 2016. Sin embargo, nueve países se mantienen por debajo de la media regional para América Latina y el Caribe; ocho de ellos coinciden con los países con menor índice de desarrollo humano y mayor inequidad de género. En el período 2005-2015 la cobertura de parto institucional pasó de 91,3% a 95,6%. Siete países se ubican por debajo de la media de atención institucional del parto para América Latina y el Caribe (93,8%), con cifras que varían entre 93,2% en Belice y 50% en Haití. Cinco de esos siete países presentan un bajo índice de desarrollo humano y alta desigualdad de género. Cuatro de ellos (Bolivia, Guatemala, Haití y Honduras) tienen, además, bajos niveles de cuidado prenatal. La meta de reducción de la mortalidad materna de los ODM no se consiguió en las Américas. A nivel mundial, la reducción de la mortalidad materna entre 1990 y el 2015 alcanzó un 44%, mientras que en la Región de las Américas fue de 49%. Aunque la mayoría de los países de América Latina y el Caribe redujeron sus cifras de mortalidad materna, aún hay 13 países cuyas razones de mortalidad materna se encuentran por encima de la mortalidad materna media para América Latina y el Caribe, que en el 2015 fue de 68 por 100 000 nacidos vivos.

Salud del adulto mayor. En todos los países de la Región de las Américas se observa un creciente envejecimiento de la población (*121*). Hoy en día, la esperanza de vida a los 60 años se ha calculado en 21 años; 81% de las personas que nacen en la Región vivirán hasta los 60 años, mientras que 42% de ellas sobrepasarán los 80 años de edad (*122*). En el 2016, las personas de 80 años y más representaban un 3% de la población de la Región. Sin embargo, se estima que este grupo de población será el de mayor incremento proporcional, con un pico de crecimiento muy marcado a partir del 2025. La subregión del Caribe tiene actualmente la población más envejecida de América Latina y el Caribe, mientras que América Central es la subregión de población más joven. En cuanto a las causas de muerte en el grupo de mayores de 60 años de edad, en el 2012 las enfermedades isquémicas del corazón constituyeron la primera causa de mortalidad (14,5%), seguidas por las enfermedades cerebrovasculares (7,7%), y la demencia y la enfermedad de Alzheimer (6,2%), que en este grupo etario tienen un peso específico significativamente mayor dentro de la causas de muerte en la Región. El aumento de la esperanza de vida no ha significado más años con vida saludable y sin discapacidad. En el 2015, se estimó que la esperanza de vida saludable promedio en la Región de las Américas era de 65 años, con un número de años de vida poco saludables que varía de país a país, y que va desde 8,3 años en Guyana hasta 10,9 años en Estados Unidos de América. Canadá y Costa Rica son los países con los valores estimados más altos en esperanza de vida saludable después de los 70 años. En contraste, Haití y Guyana presentan una esperanza de vida saludable inferior a los 60 años de edad, y países como Estados Unidos de América, Puerto Rico y Venezuela pierden 10 años de su esperanza de vida saludable. Estas estimaciones avalan el argumento de que el incremento de la esperanza de vida se ha acompañado de una expansión de la morbilidad y sobre todo de la discapacidad.

LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD

La equidad en salud es una expresión cardinal de la justicia social y se consigue cuando cada persona tiene la oportunidad de alcanzar su pleno potencial de salud y nadie es excluido o queda en desventaja para alcanzar tal potencial por razón de su posición social u otras circunstancias socialmente determinadas. A tal imperativo ético se suma un imperativo político, pues hoy se reconoce que la equidad social es requisito del buen gobierno; así, la equidad es un objetivo de política y ese objetivo consiste en crear oportunidades iguales para el bienestar y la salud. De hecho, sin equidad social no es posible garantizar la sostenibilidad del desarrollo humano (*123*). Es en reconocimiento de lo anterior que la

Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible Transformar nuestro Mundo —adoptada por todos los países en 2015— ha hecho explícita la promesa de no dejar a nadie atrás.

Dos nociones inseparables: la equidad en salud y los determinantes sociales de la salud

Aspirar a la equidad en salud —incluyendo el acceso y cobertura universales en salud—implica modificar la distribución subyacente y el rol de los determinantes sociales de la salud—las circunstancias en las cuales las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen y el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que afectan tales circunstancias, como la distribución de la riqueza, el poder y los recursos a niveles mundial, nacional y local. La acción transformadora sobre los determinantes sociales de la salud —y, por lo tanto, igualadora— exige, por un lado, abandonar la práctica de una salud pública fundamentada en el paradigma del 'factor de riesgo', basada en el individuo y centrada en la conducta y, por otro lado, adoptar una perspectiva de política pública más integral —empoderadora de individuos y comunidades para ejercer control sobre las circunstancias de sus vidas— multidisciplinaria y esencialmente intersectorial, bajo el abordaje de la *salud en todas las políticas*.

Las Américas: una región vibrante plagada por persistentes inequidades

Garantizar el derecho universal a la salud continuará siendo únicamente una aspiración si no se abordan las profundas desigualdades sociales que existen tras las brechas de salud en la Región. Los estudios empíricos proporcionan pruebas claras de que los grupos de población que presentan los peores resultados de salud en los países de la Región son también los grupos que evidencian las manifestaciones materiales de la desigualdad socioeconómica, incluyendo bajos niveles de ingreso y consumo, viviendas de mala calidad, empleos precarios, acceso deficiente a servicios de salud de calidad, menores oportunidades de acceso a la educación, deficiencias en el acceso a servicios de agua y saneamiento, marginación, exclusión y discriminación sociales, entre otras circunstancias social y sanitariamente adversas *(39, 40)*.

La constatación de la tenaz persistencia de profundas desigualdades sociales —y, en consecuencia, profundas desigualdades en la salud poblacional y en la carga de enfermedad— se da incluso en aquellos países de América Latina donde se han puesto en vigor reformas políticas, económicas y sociales 'post-neoliberales' para contrarrestar el modelo neoliberal que emergió en los años ochenta *(124)*. La causalidad corre aquí en ambas direcciones: por un lado, las condiciones asociadas con la pobreza (como la precariedad material, el estrés, la desnutrición, entre otros) inciden directamente en la salud de las personas y limitan también su acceso a los servicios de salud. Por otro lado, una salud endeble limita el potencial de generación de ingresos y de movilidad social al reducir el rendimiento escolar, laboral y social.

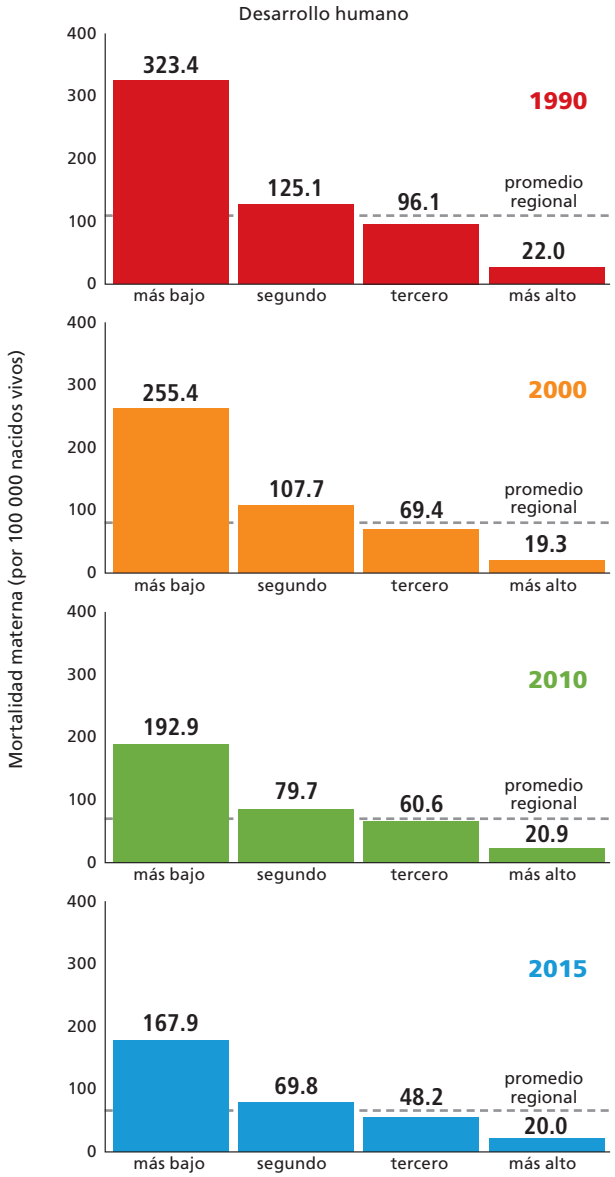
Una mirada regional a la salud desde la ventana de los ODM bajo el lente de la equidad

A pesar de la impronta regional estructural moldeada por legados coloniales adversos, gran injusticia social y profundas inequidades socioeconómicas *(39)*, la Región de las Américas —en especial, América Latina— experimentó una tendencia macroeconómica virtuosa de crecimiento económico, reducción de pobreza e indigencia y disminución de la desigualdad en la distribución del ingreso durante gran parte del periodo 1990-2015, la llamada 'ventana' temporal de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Como se registra en esta publicación y en la que le precede *(116)*, la Región consolidó innegables ganancias en salud, incluyendo el alcance de varias de las metas establecidas para el ODM 4 (mortalidad de la niñez), ODM 6 (incidencia de VIH, tuberculosis) y ODM 7 (acceso a agua potable).

A pesar de las contundentes mejoras promediales, la mirada regional a la salud desde la perspectiva de los ODM dibuja un cuadro distinto y más preocupante cuando se examina bajo el lente de la equidad. En general, el alcance o avance en el logro de los ODM en salud no se ha acompañado de una disminución sistemática de las desigualdades sociales en salud, en especial en términos de reducción de la desigualdad relativa[2], que suele ser la más sensible para detectar el impacto de las políticas que inciden sobre los segmentos poblacionales en posición de mayor desventaja social necesarias para no dejar a nadie atrás. Un ejemplo elocuente —y dramático— es el ODM 5 (mortalidad materna), ilustrado en la **figura 4** como un tablero de mando de la situación de la mortalidad materna bajo el lente de la equidad.

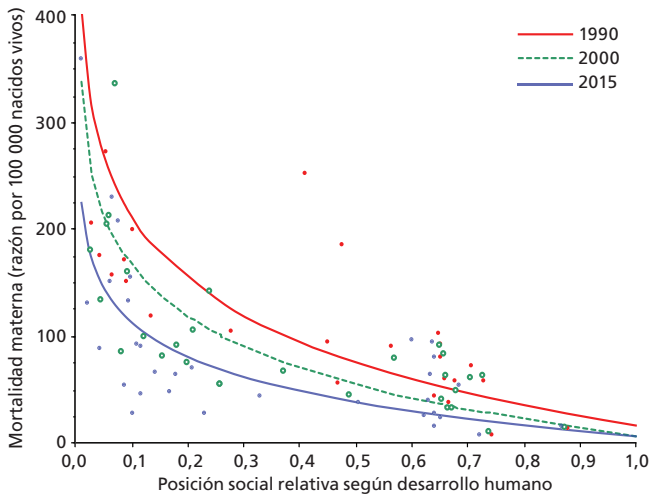
2 A diferencia de la desigualdad absoluta, que refleja la magnitud de las diferencias relativas a la salud entre grupos sociales, la desigualdad relativa muestra las diferencias proporcionales relativas a la salud entre grupos sociales.

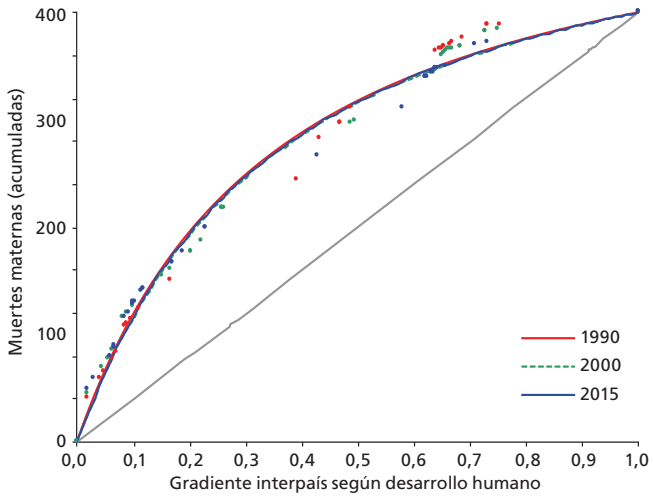
Figura 4. Desigualdades sociogeográficas en mortalidad materna (ODM5). Países de la Región de las Américas: 1990, 2000, 2010 y 2015



Estratificador de equidad	Métrica de desigualdad	Año	Valor puntual	IC 95%	
				Inferior	Superior
Desarrollo humano	IK absoluto	1990	301,4	296,0	306,8
		2000	236,1	231,2	240,9
		2010	171,9	167,6	176,2
		2015	147,9	143,8	152,0
	IK relativo	1990	14,72	13,81	15,69
		2000	13,24	12,36	14,18
		2010	9,21	8,61	9,86
		2015	8,39	7,82	9,00
	IDP	1990	-249,4	-256,1	-137,4
		2000	-191,3	-196,8	-121,9
		2010	-145,3	-150,6	-91,3
		2015	-120,5	-203,1	-87,5
	ICS	1990	-0,42	-0,57	-0,28
		2000	-0,42	-0,55	-0,29
		2010	-0,39	-0,52	-0,27
		2015	-0,42	-0,55	-0,29

IK = Índice de Kuznets IDP = Índice de desigualdad de la pendiente
ICS = Índice de concentración en salud





En promedio, la Región consiguió reducir a la mitad la razón de mortalidad materna entre 1990 (101,8 por 100 000 nacidos vivos) y el 2015 (51,7 por 100 000 nacidos vivos). En principio, esta información es necesaria y suficiente para evaluar el cumplimiento o no del ODM 5 (que establecía 75% de reducción). Los histogramas de cuartiles de desarrollo humano entre países muestran, sin embargo, que aunque las brechas absolutas en la supervivencia materna se han reducido (sobre todo a expensas de una reducción de la mortalidad materna en los países del cuartil de menor desarrollo humano), los gradientes de desigualdad en la mortalidad materna persisten. Las curvas de regresión (esquina inferior izquierda) y curvas de concentración (esquina inferior derecha) de la desigualdad social (i.e., según desarrollo humano) en la mortalidad materna entre países de las Américas —que ilustran métricas más sofisticadas y precisas del gradiente de desigualdad (i.e., el índice de desigualdad de la pendiente y el índice de concentración en salud, respectivamente) — confirman este efecto indeseable. De hecho, el 50% de las muertes maternas en la Región se siguen concentrando en el 20% de países con menor desarrollo humano, y esto no cambió en el periodo 1990-2015. Estas madres son a quienes se ha dejado atrás.

Desigualdades en salud entre países análogas a las aquí ilustradas con la mortalidad materna se han documentado con otros indicadores de resultados en salud y en otras etapas del curso de la vida *(116)*. Más relevante aún es la evidencia disponible sobre desigualdades en salud al interior de los países y a partir de microdatos de encuestas poblacionales *(41)*.

Sobre la persistencia de inequidades y desigualdades en la Región

Las Américas, y en particular América Latina y el Caribe, se considera una de las regiones de mayor inequidad social y sanitaria en el mundo *(77, 78, 116)*, particularmente en términos de desigualdad distributiva de los ingresos, punto de partida de la construcción del imaginario colectivo sobre la desigualdad regional. Las inequidades sociales, económicas y en salud que se constatan en nuestra Región, sin embargo, suelen ser consecuencia de algo más profundo y, si se quiere, menos evidente: políticas, normas y regulaciones que responden, tanto en su diseño como en su ejecución, a la desigualdad en el acceso al poder enquistada en nuestros países.

La extrema desigualdad puede alterar el proceso de formulación de políticas, aún en contextos democráticos, pues se traduce en desequilibrios en la forma en que el poder de influencia sobre el proceso político está repartido en una sociedad. Por lo tanto, las posibilidades reales de quienes no detentan dicho poder (de superar la pobreza y la exclusión y, con ello, de disfrutar de unas condiciones de vida decentes y gratificantes, incluyendo una salud plena) se verán mermadas.

La formulación de políticas engloba el proceso de discusión, aprobación y realización de las políticas públicas. Se puede entender como un proceso de negociaciones e intercambios (o transacciones) entre actores que se da en escenarios formales e informales. Cuando dicho proceso se da en contextos caracterizados por desigualdades profundas, suelen ser las circunstancias, las realidades y las agendas de las élites (aquellos actores privilegiados que concentran el poder de influencia sobre el proceso político) las que permean con mayor fuerza la naturaleza de las políticas resultantes que gobiernan a nuestras sociedades, reforzando así la cultura de privilegios imperante en nuestra región *(125)*. Así, las élites y sus redes, con sus ideas y recursos, pueden ser sinónimo de fuerzas con gran potencial para modelar, en su favor, las condiciones de generación y apropiación del excedente económico y el funcionamiento de las instituciones estatales formales en contra del interés general. La influencia que ejercen las élites y la consecuente captura de políticas (como, por ejemplo, las de tributación fiscal con progresividad) no es solo un obstáculo estructural para combatir inequidades, sino que violenta preceptos básicos de la democracia, debilita sus instituciones y corrompe el proceso de formación de políticas en general.

En la coyuntura actual (y de cara al escenario de desarrollo sostenible que plantea la Agenda 2030), la OPS identifica un rol clave que cumplir en hacer más equitativo el proceso de formulación de políticas en pro del derecho universal a la salud. En primer lugar, se debe seguir produciendo y diseminando análisis concretos y evidencia sobre los determinantes sociales de la salud; esto es, sobre la estrecha correlación existente entre las condiciones sociales de los diversos grupos de población y sus condiciones de salud, y la desigualdad distributiva impuesta por aquellas sobre estas. Además, será fundamental procurar que esa evidencia permee las recomendaciones sobre las políticas de salud pública, incluyendo las relativas al acceso a los servicios de salud, que es uno de los canales de transmisión desde las condiciones socioeconómicas a las condiciones de salud, como también las recomendaciones sobre las políticas sociales y económicas más ampliamente consideradas. Por otra parte, garantizar que la salud no sea solo un privilegio de unos pocos en la Región, supone también la necesidad de facilitar procesos de cooperación técnica que apunten a generar incidencia política a favor de la equidad social en salud.

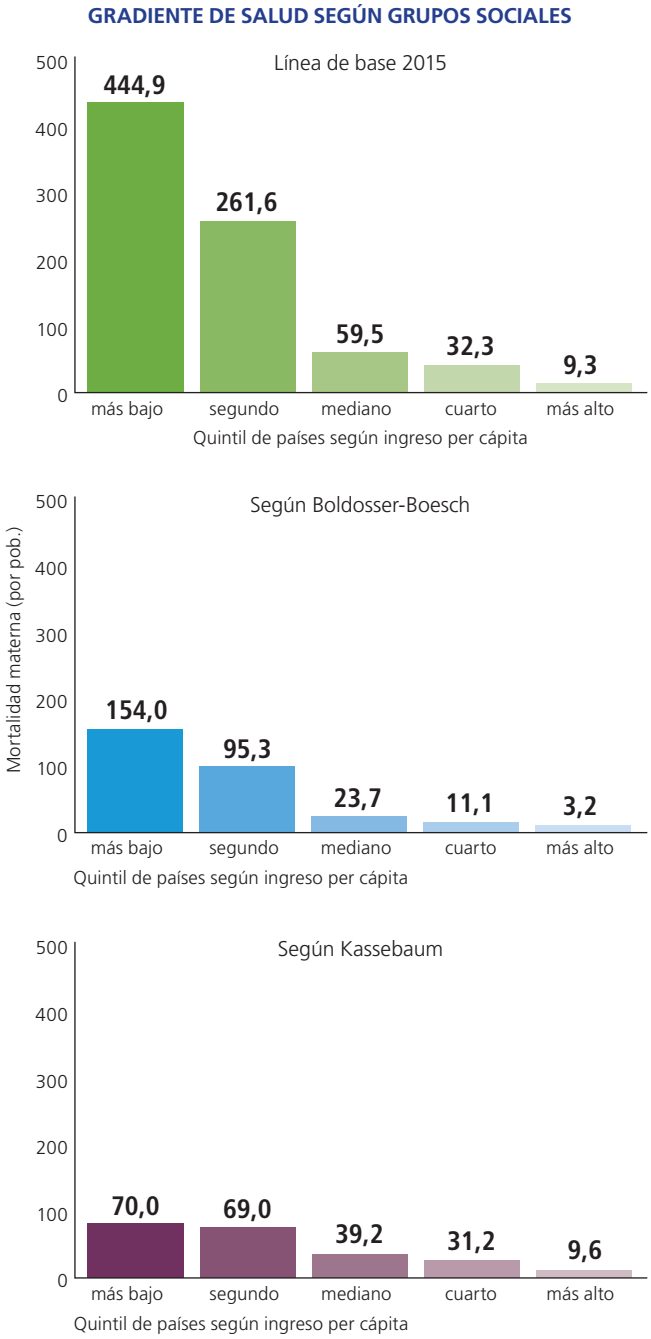
¿No dejar a nadie atrás? Cómo rendir cuentas sobre nuestra promesa

No obstante su innegable y oportuna apuesta por la equidad, la Agenda 2030 y sus Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) no contemplan metas explícitas, ni definen indicadores específicos, en relación a la reducción de inequidades sociales en salud ni al progreso hacia la equidad en salud, más allá de recomendar la mejora en la disponibilidad de datos desagregados por variables que generan estratificación social. Construir capacidad institucional para medir, analizar, monitorear y comunicar desigualdades sociales en salud, así como para informar la toma de decisiones y generar incidencia política a favor de la equidad en salud en el continuo del curso de la vida, es una tarea fundamental para crear y fortalecer las habilidades nacionales para rendir cuentas sobre la promesa de no dejar a nadie atrás en el camino por el desarrollo sostenible al 2030.

Una reciente y aún no resuelta disputa argumental sobre el establecimiento de metas de mortalidad materna para los ODS, publicada en una revista científica de alto impacto *(126)*, proporciona un elocuente ejemplo de la necesidad de reflexionar seriamente acerca de cómo rendir cuentas del impacto que sobre la equidad en salud puede generar (o no) la Agenda 2030. La meta 3.1 de los ODS llama a reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100 000 nacidos vivos para 2030. Aunque el proceso aún no ha definido cómo se incorpora esa meta en el nivel nacional, una posición (Boldosser-Boesch et al.) plantea que dicha meta mundial se traduzca en una meta nacional relativa equivalente a una reducción de 2/3 en la mortalidad materna entre el 2015 y el 2030. Por su parte, la otra posición (Kassebaum et al.) plantea que la meta mundial se traduzca en una meta nacional absoluta análoga, es decir, reducir la mortalidad materna a menos de 70 por 100 000 al para 2030. La **figura 5** ilustra el impacto distributivo potencial de la mortalidad materna entre el 2015 y 2030 en el gradiente social definido por quintiles de ingreso per cápita entre todos los países del mundo de acuerdo a estas dos posiciones argumentales.

De este análisis exploratorio —y prospectivo— se desprende un mensaje de la mayor relevancia para el éxito de la Agenda 2030: solamente será posible visualizar a quiénes vamos dejando atrás por medio del análisis sistemático de las desigualdades sociales en salud que se consideran injustas y evitables; ello implica construir capacidad institucional para estudiar la equidad distributiva de las ganancias en salud (de acceso y de resultados) en grupos poblacionales socialmente determinados, así como cuantificar la magnitud de la

Figura 5. Desigualdad distributiva de la mortalidad materna en los países del mundo por quintiles de ingreso en el 2015 y el 2030 según dos tipos de meta ODS



desigualdad social en salud en métricas-resumen estándar, a través del tiempo y a lo largo del curso de la vida. Más aún, solo el monitoreo de las desigualdades ha de permitir verificar el impacto de políticas proequitativas y el progreso en el compromiso de efectivamente no dejar a nadie atrás. Este requisito para la rendición de cuentas sobre el avance hacia la equidad en salud fue preclaramente anticipado en 2008 por la Comisión OMS sobre los Determinantes Sociales de la Salud, en cuyo informe final la tercera recomendación general invoca a comandar la evidencia: sin ella, el llamado a la equidad y la justicia social devendrá en ejercicio retórico.

SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD

El propósito central de los sistemas de salud es mejorar la salud y el bienestar de la población mediante el avance progresivo hacia la salud universal. El financiamiento, la gobernanza, y la planeación eficiente de la formación de los recursos humanos son elementos esenciales para asegurar la capacidad del sistema en las acciones de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos de toda la población *(1, 127)*.

En este apartado se resumen algunas estadísticas seleccionadas de desempeño e impacto de los sistemas de salud durante la década más reciente en su avance hacia la salud universal. Para ello, se utilizan indicadores del estado de salud de la población que pueden atribuirse a los servicios de salud. Estos indicadores se utilizan desde una perspectiva de equidad, y buscando vínculos explícitos con los determinantes sociales de la salud.

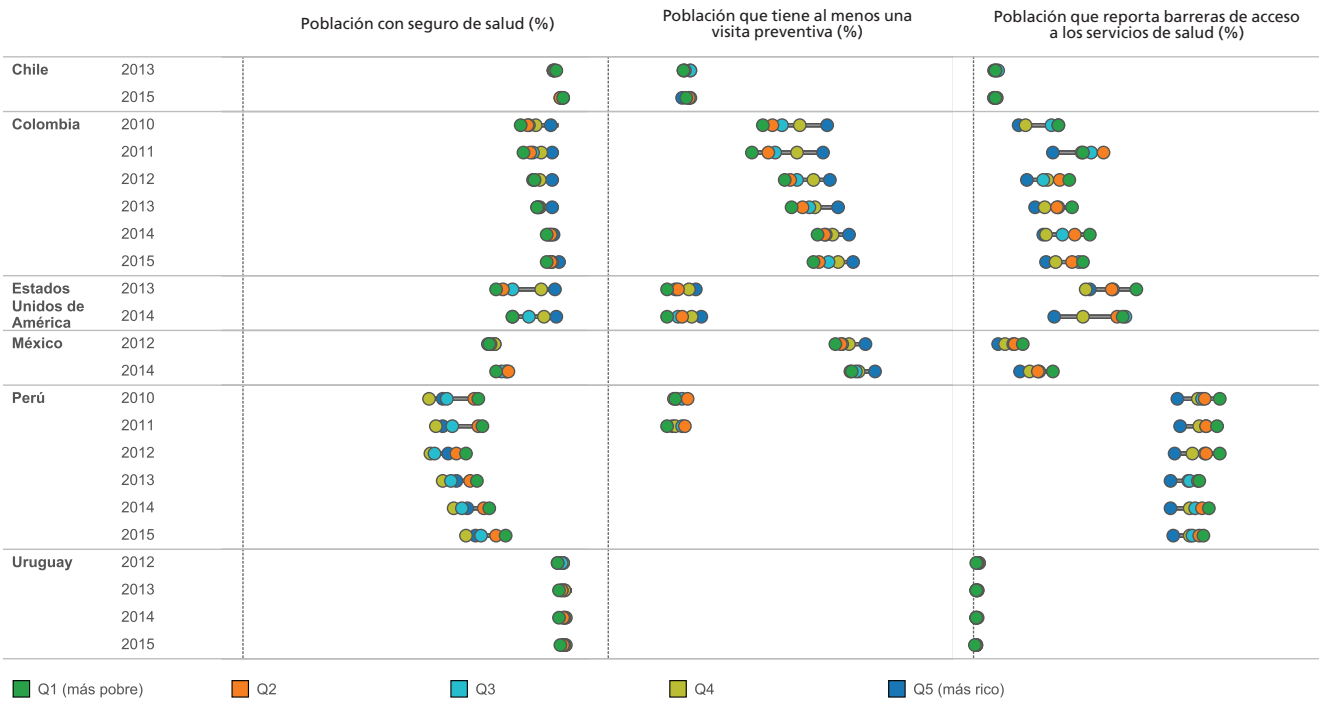
El análisis de la tendencia se realiza mediante ejemplos que toman en cuenta tres dimensiones: 1) acceso y cobertura universal de los servicios de salud, 2) financiación de la salud y 3) actividades de los servicios de atención de salud.

Acceso y cobertura universal de los servicios de salud

El monitoreo de la salud universal implica el uso de métricas específicas de las dos dimensiones inherentes a este concepto: acceso y cobertura. Las métricas que se orientan solo a describir la provisión y prestación de servicios de salud ignoran las barreras que impiden el acceso de algunos segmentos de la población, y, por consiguiente, resultan de escasa utilidad para los encargados de diseñar las políticas, a los efectos de incrementar el acceso *(1, 128-130)*.

En seis países seleccionados de la Región de las Américas, la **figura 6** muestra la distribución según quintiles de la cobertura poblacional, las visitas preventivas y las barreras

Figura 6. Distribución según quintiles de la cobertura poblacional, las visitas preventivas y las barreras de acceso a los servicios de salud entre el 2010 y el 2015



de acceso a los servicios de salud entre el 2010 y el 2015. La figura muestra que estos países han experimentado progresos tanto en la cobertura como en el acceso, lo cual en general ha estado acompañado de reducciones en las desigualdades asociadas al ingreso. Los resultados también muestran que las métricas de cobertura y acceso son complementarias, y que su monitoreo es necesario para avanzar en el logro de la equidad en salud.

Entre el 2013 y el 2015, la cobertura poblacional fue alta en los países estudiados, desde un máximo de 98% en Chile, hasta un mínimo de 73% en Perú. No obstante, la cobertura se asocia al ingreso: en Estados Unidos de América, los hogares más pobres tuvieron porcentajes de cobertura 14 puntos por debajo del promedio, y en Perú, 12 puntos por debajo. Los altos niveles de cobertura poblacional no siempre fueron concurrentes con altos niveles de utilización de visitas o con bajos niveles de barreras de acceso a los servicios de salud.

Asegurar el acceso a las visitas preventivas es un componente fundamental de la salud universal. En general se espera que los adultos realicen al menos una visita preventiva al año, como parte del pesquisaje y el diagnóstico temprano (*12*). La figura 6 muestra tendencias globales al incremento en el acceso a los servicios preventivos de salud, particularmente en Colombia y en México, aunque con brechas mantenidas entre las familias que se ubican en los extremos de la distribución del ingreso. En relación con las barreras de acceso a los servicios, el porcentaje de familias que notificaron haber tropezado con tales barreras entre el 2013 y el 2015 fue muy bajo en Chile (2,3%) y Uruguay (<1%), y alto en Perú (19,9%). Este indicador también muestra características inequívocas de desigualdades asociadas al ingreso. En general, no obstante, las desigualdades se han reducido para todos los indicadores en la mayoría de los países seleccionados, lo cual revela cambios favorables hacia la equidad.

Financiación en salud

Uno de los indicadores más conocidos e informativos para evaluar la sostenibilidad de los cambios en los gastos en salud es la razón de estos gastos con respecto al tamaño de la economía (PIB). Los países de la Región se comprometieron a incrementar el gasto público en salud hasta al menos 6% de

Figura 7a. Gasto público en salud como porcentaje del PIB, 2014

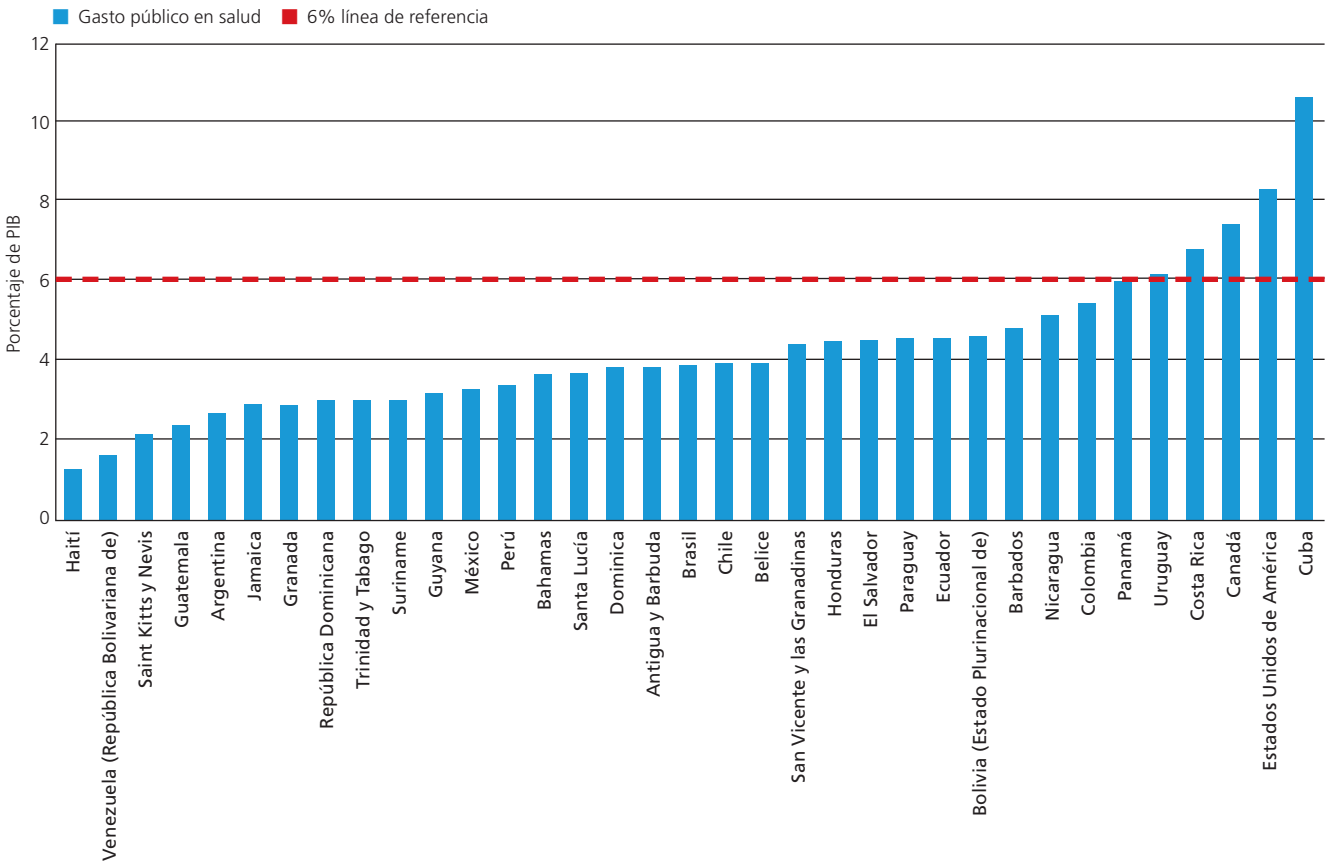
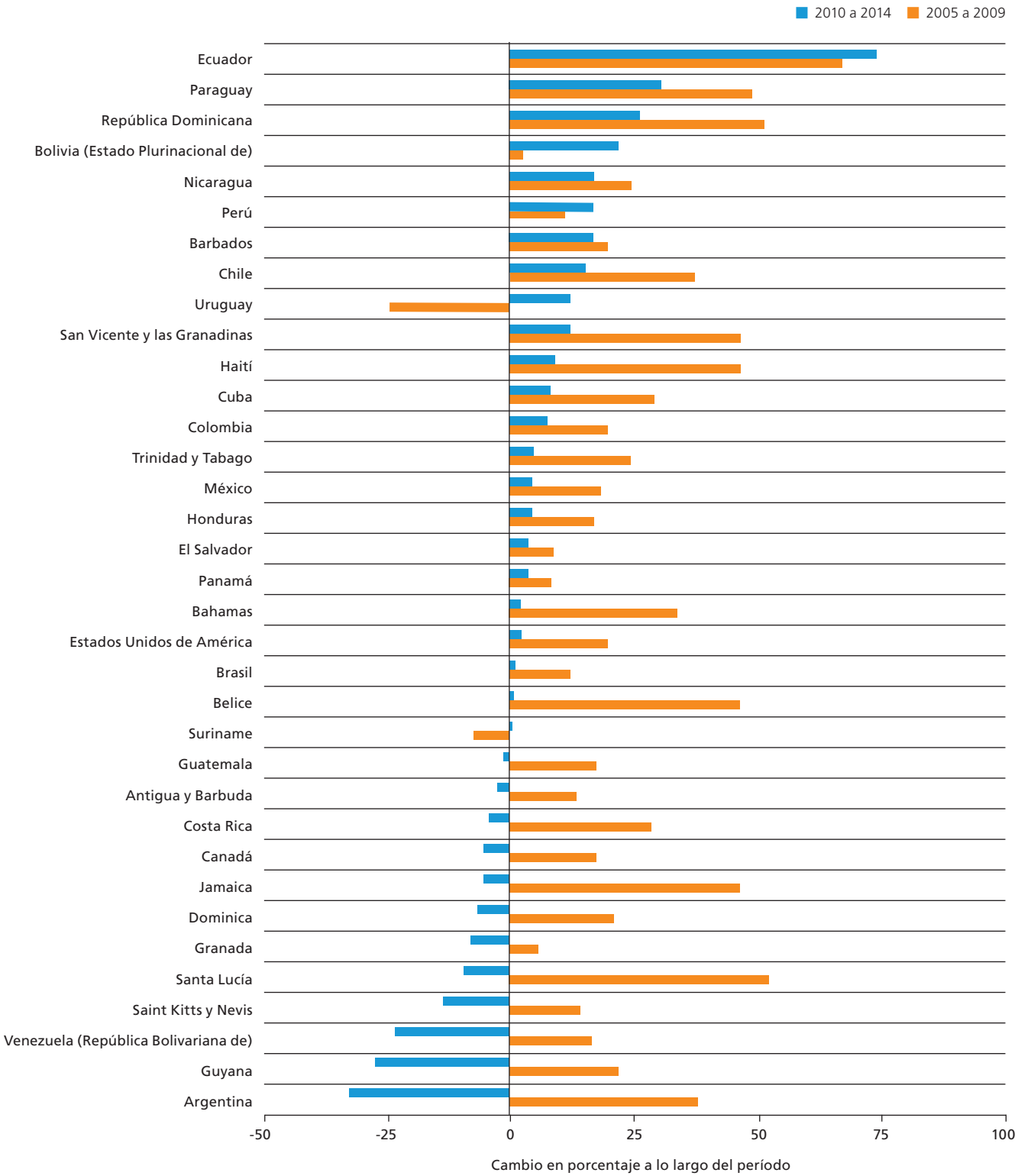


Figura 7b. Gasto público en salud como porcentaje del PIB, 2005 a 2014



su PIB, como medio de aumentar la protección financiera en el marco de la salud universal y reducir las desigualdades *(127)*.

En el 2014, los gastos totales en salud ascendieron en promedio simple de la Región a 7,4% del PIB, pero con grandes desniveles, pues solo Canadá, Costa Rica, Cuba, Estados Unidos de América y Uruguay superaron el umbral de 6% de gasto público en salud como porcentaje del PIB **(figuras 7a y 7b).** Veintitres países incrementaron sus gastos públicos entre el 2010 y el 2014. Con la excepción de Bolivia, Ecuador, Perú, Suriname y Uruguay, estos incrementos fueron inferiores a los conseguidos en el lustro anterior (2005-2009), y varios países experimentaron cortes en sus gastos entre el 2010 y el 2014, que variaron en un rango comprendido entre 2% y 36%.

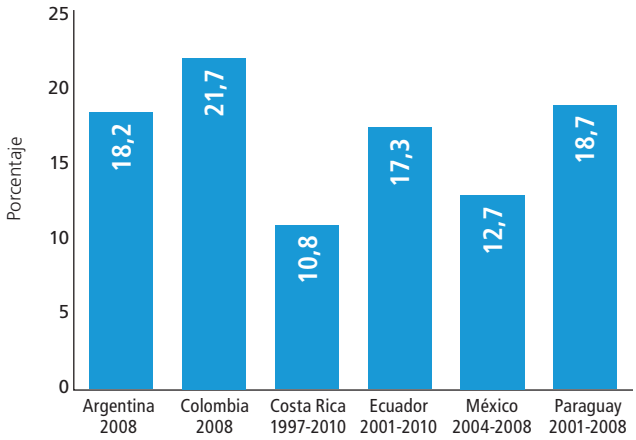
Actividades de los servicios de salud

El fortalecimiento del primer nivel de atención es esencial para alcanzar la salud universal en la Región. Un modelo de atención centrado en las personas y en las comunidades debe tener suficiente capacidad resolutiva en el primer nivel de atención para brindar un servicio integral y coordinado, mediante equipos de salud multidisciplinarios, y con la participación de otros sectores además del sector salud, incluso para la atención y el cuidado de pacientes con necesidades complejas.

La evaluación de las condiciones de salud sensibles al cuidado ambulatorio (CSSCA) permite calibrar la capacidad de respuesta del primer nivel de atención en términos de hospitalizaciones innecesarias, bajo la lógica de que las admisiones hospitalarias para enfermedades como el asma, la diabetes o la hipertensión, se pueden evitar o minimizar con mejores programas de promoción, intervenciones preventivas específicas, y acceso oportuno al primer nivel de atención. La hospitalizaciones por CSSCA, como indicador de la actividad de los servicios de salud constituyen una medida indirecta y trazadora del funcionamiento del primer nivel de atención, que puede servir a los responsables de adoptar decisiones en materia de organización de los servicios para configurar redes integradas de servicios integrados y así mejorar la eficacia de la atención *(131)*.

La **figura 8** muestra las tasas promedio de admisión hospitalaria por CSSCA entre el 2001 y el 2009, en seis países seleccionados. Las tasas de hospitalización variaron entre 10,8% para Costa Rica y 21,6% para Colombia. Los resultados de este indicador deben interpretarse en relación con las particularidades nacionales, ya que la demanda de hospitalización se relaciona con la disponibilidad de recursos, las deficiencias en el sistema de salud, y la fase de la transición epidemiológica en que se encuentra cada país. Por consiguiente, la interpretación de este indicador debe incluir estos otros factores que afectan la capacidad de respuesta del sistema de salud. Una de las metas del Plan Estratégico de la OPS para el período 2014-2019 es reducir al menos en 10% el porcentaje de hospitalizaciones por CSSCA para el 2019, lo que subraya la importancia de la medición y el monitoreo de este indicador.

Figura 8. Hospitalizaciones prevenibles por condiciones sensibles al cuidado ambulatorio, países seleccionados y promedios para el período 2001-2010



DE ESTA SECCIÓN PUEDEN EXTRAERSE LAS SIGUIENTES CONCLUSIONES:

- Casi todos los países de la Región, con excepción de los más pobres, han alcanzado una buena cobertura de intervenciones maternoinfantiles a nivel agregado. No obstante, persisten desigualdades asociadas a la situación socioeconómica y a otros determinantes sociales de la salud, que tienen una fuerte incidencia sobre la salud y el acceso a los servicios.
- La Región ha alcanzado altos grados de aseguramiento en salud, que no siempre se han traducido en niveles elevados de utilización de los servicios preventivos, o en la reducción de barreras de acceso. La utilización de servicios preventivos está sensiblemente condicionada por persistentes desigualdades entre ricos y pobres.
- La mortalidad evitable asociada a los servicios de salud se ha reducido en la mayoría de los países entre el 2010 y el 2014, pero también ha aumentado particularmente en el Caribe no hispanohablante.
- Pese a los esfuerzos y avances de algunos países, la distribución del personal de salud exhibe grandes disparidades en la Región. Algunos países deben afrontar no solo la falta de personal de salud, sino una distribución débilmente correlacionada con el panorama epidemiológico y la distribución geodemográfica de la carga de morbilidad.
- Los gastos en salud muestran una significativa variabilidad entre países, y un avance regional muy insuficiente.
- Canadá, Costa Rica, Cuba, Estados Unidos de América y Uruguay son los únicos que asignan más de 6% de su PIB al gasto público en salud. Veintitres países de la Región aumentaron sus gastos relativos al PIB entre el 2010 y el 2014, pero un incremento inferior al lustro anterior, con la excepción de Bolivia, Ecuador, Peru, Suriname y Uruguay.
- Los gastos directos de las personas se mantienen altos en la mayoría de los países de la Región. En más de la mitad de los países se redujeron los pagos de bolsillo, mientras que algunos otros aumentaron.

UNA MIRADA PROSPECTIVA A LA SALUD



Mucho más que en la capacidad para formular pronósticos sobre el panorama sanitario de la Región y sus tendencias, el éxito y la efectividad en la gestión de la salud dependen de la flexibilidad de los sistemas de salud para reaccionar a las presiones del contexto físico y social en circunstancias inciertas y en las que prevalecen factores imprevisibles. La vigilancia sanitaria y la observación adquieren nuevas dimensiones ante el vasto espectro multinivel de los determinantes de la salud y deben expandirse a los dominios de la inteligencia en salud, que no se limita a explicar lo que ocurrió o a registrar lo que ocurre, sino que anticipa escenarios futuros, no solo mediante un ejercicio de predicción sino también de construcción.

En comparación con el envejecimiento poblacional, más o menos previsible mediante modelos de cambios demográficos, otros fenómenos como las migraciones, las turbulencias políticas nacionales y globales, las crisis económicas y los efectos del cambio climático, parecen mucho más susceptibles a las intervenciones del azar u obedecer a modelos de caos y complejidad.

En este capítulo se examinan diversos temas que tendrán una importancia fundamental en la agenda de desarrollo de las próximas décadas. Luego de un breve análisis del alcance y las implicaciones del desarrollo sostenible que fundamenta la necesidad de tener presente la salud en todas las políticas, se destaca el rol de la comunidad y de la sociedad civil sin cuya participación e influencia, tanto a escala nacional como local, es imposible concebir los cambios necesarios en el ambiente y en las políticas.

Un elemento esencial es el enfoque del curso de la vida, que representa un cambio de paradigma para la salud y el desarrollo. Las implicaciones de este enfoque se hacen sentir no solo en el ejercicio de la práctica clínica y epidemiológica, sino también en la organización de los servicios de salud y en la adaptación de los recursos humanos.

Se analizan también los desafíos que representan para la organización de los sistemas de salud las alianzas con otros sectores dentro y fuera de las fronteras nacionales para atender a los determinantes sociales de la salud y promover el desarrollo equitativo bajo el principio del derecho a la salud y como parte de la estrategia de salud universal.

Por último, se reconoce el efecto modulador de las tecnologías de la información en la sociedad moderna caracterizadas por una correspondencia cada vez más ostensible entre el desarrollo social y económico en su conjunto, y el desarrollo de dichas tecnologías.

EL CAMINO HACIA EL DESARROLLO SOSTENIBLE

El concepto de **desarrollo sostenible** fue acuñado en 1987 por la Comisión Mundial sobre el Medio Ambiente y el

Desarrollo, y en sus orígenes tuvo el propósito de designar un "desarrollo que satisface las necesidades de las generaciones actuales sin comprometer las capacidades de las generaciones futuras de satisfacer las suyas" (*132*), con lo que los aspectos ambientales quedarían incluidos entre los componentes esenciales del desarrollo. En su sentido original, el adjetivo 'sostenible' aludía sobre todo a los aspectos ambientales, que se suponían en el centro de las necesidades de las futuras generaciones, mientras que el sustantivo 'desarrollo' se refería a las cuestiones relacionadas con la pobreza y la dimensión económica, en las que se centran los problemas de las generaciones actuales. Posteriormente, el concepto implícito en la expresión 'desarrollo sostenible' adquirió nuevas y más amplias connotaciones con el reconocimiento de los factores no ambientales de la sostenibilidad, y los aspectos no económicos del desarrollo (*133*).

El principio 1 de la Declaración de Río sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo (Agenda 21), suscrita en 1992, reconoce que "los seres humanos constituyen el centro de las preocupaciones relacionadas con el desarrollo sostenible", y que "tienen derecho a una vida saludable y productiva en armonía con la naturaleza" (*134*). El Capítulo 6 de la Agenda 21, emanada de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo, subraya la necesidad de proteger y promover la salud, con énfasis en la atención primaria, el control de las enfermedades transmisibles, la protección de los grupos vulnerables, el cuidado de la salud en zonas urbanas, y la reducción de los riesgos asociados a la contaminación ambiental.

Desde entonces, hay un reconocimiento del vínculo indisoluble entre la salud y el desarrollo sostenible, y en ese vínculo cada término es causa y consecuencia del otro. Las metas del desarrollo sostenible son inalcanzables en ámbitos con alta prevalencia de enfermedades asociadas a la pobreza, y la salud de la población no puede preservarse en contextos físicos y sociales adversos al desarrollo. Si el desarrollo ocurre a expensas de estrategias no sostenibles, las conquistas en la esfera de la salud pueden correlacionarse con el incremento de las condiciones económicas en el corto plazo, pero pueden no ser sostenibles en el largo plazo.

Los factores del contexto social como la inestabilidad política, la violencia, los conflictos armados y las inequidades son adversos a la salud y al desarrollo sostenible. De este modo, la salud y el desarrollo sostenible adquieren una dimensión ética que los conecta con la salud universal.

La salud de la población deja de ser un simple factor causal o una contingencia del desarrollo económico y se convierte en un componente consustancial de este. En esta posición centrípeta de la salud humana, el propósito del desarrollo es mejorar las condiciones para el disfrute pleno de la salud y el bienestar de la sociedad, de manera equitativa y no excluyente. Si el camino hacia el desarrollo no conduce a mejorías sostenidas en la salud, no puede concebirse como desarrollo sostenible.

El desarrollo sostenible contiene tres dimensiones, la social, la económica y la ambiental. Para un desarrollo sostenible, las tres dimensiones deben integrarse en forma equilibrada, prestando la debida atención a las necesidades del presente pero sin comprometer la capacidad para atender las necesidades futuras. Las tres dimensiones se complementan recíprocamente en el concepto de sostenibilidad. En este contexto, la salud, como objeto de derecho, es el punto de convergencia de las tres dimensiones para el desarrollo sostenible (*135*).

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible representa un hito clave en la historia de la salud pública, porque exalta a la salud como fuerza motriz de una nueva calidad de vida y bienestar, y coloca al sector de la salud mucho más allá de sus fronteras tradicionales, en el centro del desarrollo, de la política y de los procesos políticos. Los retos de salud requieren soluciones complejas y, por lo tanto, deben tener un potencial político para aprovechar oportunidades y producir beneficios recíprocos en diferentes sectores. Por otro lado, la coproducción y los beneficios colaterales de la salud deben compartirse en toda la sociedad. La Agenda 2030 establece un marco en el cual los buenos resultados de salud pueden tener repercusiones positivas sobre otros aspectos del desarrollo, que recíprocamente se beneficiarán de la salud (*136*).

A pesar de la interacción compleja de los ODS, el llamamiento de la Agenda 2030 es sencillo y directo: a fin de posibilitar un mundo más equitativo para las generaciones futuras, los países deben determinar cuáles son sus grupos más vulnerables, elaborar estrategias innovadoras para llegar a esas poblaciones, y vigilar los progresos hacia ese fin. Sin embargo, alcanzar estos objetivos no debe ser responsabilidad exclusiva de los Gobiernos. Las metas y objetivos ambiciosos de la Agenda 2030 deben presentarse en forma de acciones prácticas y factibles para las personas, las familias y las comunidades, que harán del desarrollo sostenible una aspiración tangible.

EL ROL DE LA SOCIEDAD CIVIL Y LA COMUNIDAD EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD

El Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 se propone "garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades". Sus nueve metas específicas representan un importante paso de avance con respecto a las metas de los ODM relacionados con la salud, porque aportan una visión holística de la salud y sus determinantes, que los ODM no conseguían capturar. La amplitud y la complejidad del Objetivo 3, así como las metas relacionadas con la salud en otras áreas de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (*136*), implicarán modos diferentes de concebir y ejecutar las estrategias de salud pública, que involucren a otros actores más allá del sector salud. Una sociedad civil activa y dinámica será vital para materializar las transformaciones necesarias.

La Agenda 2030 explícitamente afirma que sus objetivos son poner fin a la pobreza y el hambre, y asegurar que todos los seres humanos puedan alcanzar todo su desarrollo potencial con dignidad y en igualdad en un ambiente saludable. Además reconoce la necesidad de promover alianzas entre Gobiernos, y con el sector privado y la sociedad civil.

En un sentido amplio, la sociedad civil puede definirse como todo el componente humano fuera del aparato formal del Estado. En este texto, no obstante, el término **sociedad civil** se usará para designar grupos no vinculados al Gobierno, cuyo fin es promover la salud y el bienestar de la población (*137, 138*).

Una **comunidad** es un grupo específico de personas que usualmente viven en una zona geográfica particular, y que comparten los mismos valores y costumbres, la misma cultura y una estructura social que es expresión del tipo de relaciones que el grupo ha consolidado a lo largo del tiempo. Los miembros de una comunidad adquieren su identidad personal y social a partir de las creencias, costumbres y valores compartidos que la comunidad ha hecho suyos, aunque pueda cambiarlos en el futuro. Son conscientes de esa identidad comunitaria, comparten necesidades y un compromiso más o menos explícito para satisfacerlas. La salud de la comunidad es más que la suma de la salud de las personas que la integran. La comunidad es el contexto en el cual se gesta el proceso de la salud y el bienestar, y en el que confluyen los efectos de los determinantes de la salud, sociales, físicos y ambientales (*139, 140*).

Una sociedad civil dinámica y comprometida puede ejercer una influencia muy positiva sobre la respuesta de la población a las acciones dirigidas a los determinantes sociales de la salud y de las inequidades en salud. Si bien el efecto de la acción comunitaria está acotado por políticas excluyentes y, en general, por la falta de voluntad política de los Gobiernos, las organizaciones sociales pueden poner en marcha movimientos y campañas en gran escala con efectos dentro y fuera de las fronteras nacionales (*141*). A los Gobiernos les compete reservar y garantizar un espacio a las comunidades y la sociedad civil en el diseño e implementación de políticas públicas. Por su parte, la sociedad civil y las comunidades deben participar en los mecanismos de toma de decisión de manera responsable, y mediante procesos transparentes libres de conflictos de interés. La OPS deberá urgir a los Gobiernos a promover espacios de participación, proporcionar colaboración técnica y asegurar que las políticas que resulten de la interacción con el sector no estatal queden a salvo de la influencia y de los intereses del sector privado (*141, 142*).

Es importante reconocer la relevancia local de los problemas de salud. Este reconocimiento tiene grandes implicaciones prácticas para los programas y las intervenciones, porque el contexto es un modificador de efectos: las soluciones eficaces en relación con el costo en un escenario podrían no serlo en otros. Del mismo modo, es importante aumentar y capitalizar las capacidades que existen en las comunidades. La construcción de alianzas con los organismos gubernamentales, los proveedores de salud y las organizaciones de base comunitaria, entre otras entidades intervinientes interesadas en la salud, resultará esencial para conseguir un progreso significativo en el afrontamiento de los distintos desafíos planteados por las necesidades de salud de las comunidades. La evaluación del impacto de las intervenciones es asimismo muy importante.

Los programas a nivel comunitario basados en intervenciones múltiples han demostrado ser cada vez más exitosos para lograr cambios en las conductas de riesgo y el estilo de vida a escala poblacional. El énfasis en este enfoque ha aumentado en los últimos decenios por efecto del cambio de un paradigma centrado en la búsqueda casi frenética de factores de riesgo individuales a otro que incluye los efectos socioambientales, a partir del principio de que los estilos de vida y las conductas no son el resultado de la libre elección individual sino que están en gran parte determinados por el contexto físico y social que influye en las relaciones interpersonales, en la comunidad y en las macroesferas políticas.

A pesar del énfasis en la promoción de la salud comunitaria, queda aún mucho por investigar en relación con los factores determinantes y la dinámica de los cambios a escala poblacional. La promoción de la salud a nivel comunitario es

un marco conceptual que privilegia la prevención primaria desde una perspectiva poblacional. Los programas de prevención de base comunitaria son integrados y abarcadores, y no se limitan a los hospitales u otros centros de prestación de servicios. Antes bien, involucran a los líderes comunitarios, las redes sociales, las campañas masivas de comunicación y la educación directa de la población, y se orientan al uso de estrategias para promover cambios en el ambiente y en las políticas.

LA CONSTRUCCIÓN DE LA SALUD EN EL CURSO DE LA VIDA

El enfoque del curso de la vida es tanto un nuevo paradigma de causalidad para la salud y el desarrollo, como un nuevo modelo para la organización de los servicios de salud. La red causal de la salud y el desarrollo no está confinada a intervalos temporales estrechos, sino que se extiende a lo largo de todo el curso de la vida, con implicaciones intergeneracionales (*143*). Los sistemas de salud deben adaptarse a esta realidad y concebir un modelo de atención proactivo y continuo.

Varias disciplinas médicas, desde la epidemiología hasta las ciencias médicas básicas, han contribuido a una mejor comprensión de la salud y de los eventos de salud durante el curso de la vida. La salud del adulto no se interpreta más como el resultado de influencias individuales que ocurren en intervalos acotados de tiempo, sino como la resultante de una red compleja de factores recíprocamente asociados, cuya influencia comienza en la vida prenatal y tiene efectos intergeneracionales *(60,144)*.

Los determinantes ambientales y sociales desempeñan un papel decisivo en esta red causal, sea como variables exógenas, como modificadores de efecto, o ambos. Tanto en los modelos basados en la acumulación de efectos como en los períodos críticos, estos determinantes producen un enorme impacto sobre la salud y sobre las inequidades sanitarias (*51*).

El paradigma causal del curso de la vida tiene profundas implicaciones para la organización y la prestación de servicios. Los sistemas de salud deben dejar de ser estructuras que responden a demandas episódicas de atención, o que operan a partir de programas verticales, para transformarse en sistemas proactivos que contribuyen al empeño social de construir salud y bienestar (*51*). Los horizontes de causalidad expandidos también influyen en la formación y la asignación de los recursos humanos y en su distribución en los servicios de salud (*51*).

En un futuro no lejano, la salud pública, la organización de los servicios y la práctica clínica estarán condicionadas también por las necesidades de atender a un paciente que entonces ya gozará de una elevada esperanza de vida, aunque con padecimientos crónicos que habrá de sobrellevar durante muchos años, así como con crecientes limitaciones, y con la necesidad de recibir atención en los servicios de salud por períodos prolongados. Sin embargo, a pesar de sus dolencias, este paciente puede llegar a disfrutar de cierto bienestar y a sentirse saludable (*145*).

En el presente, ya se vislumbra el inicio de la evolución hacia un enfoque en el que la persona deje de ser el objeto de las intervenciones de salud para convertirse cada vez más en un sujeto activo de la construcción de su salud y la atención de sus enfermedades (*60,145*). A pesar de las profundas desigualdades, las personas tienden a estar más (aunque no necesariamente mejor) informadas, y a tomar decisiones autónomas cada vez más tempranamente y con mayor frecuencia, sin la participación de los servicios de salud. La salud pública contemporánea no puede desconocer la participación de las personas y de otros actores en la promoción de la salud (*60*). Determinar las estrategias que permitan considerar las influencias bidireccionales en la construcción de la salud de estos nuevos actores y de los profesionales será un gran desafío en la próxima década.

En cuanto a la medición y los indicadores, el enfoque de curso de la vida deberá integrarse como proceso dinámico a los sistemas de atención de la salud. A estos efectos, los sistemas de información tendrán que renovarse, modernizarse y fortalecerse en términos de cobertura, calidad y capacidad analítica. La evaluación del impacto a partir del modelo de curso de la vida deberá nutrirse de fuentes de información fiables provenientes de varios sectores (educación, transporte, medioambiente, finanzas, empleo y sistema jurídico, entre otros) sin excluir los componentes del sector privado. Los sistemas de información tendrán que reorientarse hacia la búsqueda y registro de indicadores de bienestar, niveles de funcionamiento, calidad de vida y factores ambientales, teniendo en cuenta la interoperabilidad con los conjuntos de datos de otros sectores. Será tarea de los organismos regionales y los Gobiernos de los países abogar por la adopción del enfoque del curso de la vida y lograr una comprensión más amplia de la salud de la población y de la provisión de servicios de salud.

TRANSFORMACIONES EN LOS SISTEMAS DE SALUD HACIA EL LOGRO DE LA SALUD UNIVERSAL

La falta de eficiencia y equidad de los sistemas de salud ha sido responsable en gran medida del lento progreso de varios países hacia el logro de los ODM. Hoy siguen siendo difíciles barreras para alcanzar las metas asociadas a los ODS. Algunos sistemas de salud han sido incapaces de afrontar varios desafíos de la salud contemporánea y sus determinantes en la Región, en particular derivados de la transición demográfica y epidemiológica a lo largo de décadas, y los que se desencadenan como consecuencia de desastres, epidemias, conflictos internos, cambio climático, corrupción, escasas fuentes de financiamiento, su propia segmentación y fragmentación, y una vasta pluralidad de otros factores asociados al contexto físico y social.

La estrategia para el acceso a la salud universal subraya la necesidad de transformar los sistemas de salud en base a los valores del derecho a la salud, la solidaridad y la equidad. Desde esta perspectiva, los sistemas de salud constituyen un componente clave de los sistemas de protección social. La salud no puede concebirse sin tener en cuenta sus determinantes sociales, las necesidades especiales de las poblaciones vulnerables, y una perspectiva a largo plazo durante todo el curso de la vida. Una mirada más abarcadora de la salud universal implica trascender a la simple cobertura del financiamiento y lograr una transformación integral de los arreglos institucionales que regulan los recursos críticos del sistema de salud, con influencia sobre el modelo de atención. En este marco, la equidad en el acceso a un modelo de atención centrado en las personas y las comunidades representa una dimensión central en la formulación de políticas de salud y marca el camino que permite avanzar hacia la salud universal (*27, 146*).

Es imprescindible forjar consensos acerca del significado del acceso universal y la cobertura universal de salud con la participación de la comunidad y de la sociedad civil, en alianza con todos los Gobiernos y comprometiendo a todos los sectores. La necesidad de integrar una acción colectiva conducida por las autoridades de salud revela que los procesos de transformación tienen carácter eminentemente político. La naturaleza de los actores involucrados en la formulación e implementación de los procesos de transformación define las capacidades políticas y técnicas necesarias para garantizar un sendero hacia la salud universal.

Los principales problemas de salud y sus determinantes sociales y ambientales requieren transformaciones profundas de los modelos de salud para fortalecer la gobernanza y, al mismo tiempo, la rectoría del sector, así como sistemas de regulación más activos y eficientes, mecanismos de financiación más transparentes y efectivos basados en los principios y valores de la equidad en salud, y una mejor distribución de los recursos humanos, en correspondencia con los sistemas de salud centrados en las personas y en las comunidades (*147*).

En los países de la Región es posible reconocer diferentes dinámicas de transformación en términos de: 1) la coordinación de las acciones colectivas resultantes de distintos procesos políticos, 2) los problemas considerados estratégicos en la formulación de las reformas implementadas, 3) las reformas y modernizaciones institucionales que permitirán estructurar los procesos de cambio.

Los procesos de transformación que han identificado como problema central superar las barreras que impiden el acceso equitativo a un modelo centrado en las personas y las comunidades, se han basado en una acción colectiva integrada por las autoridades de salud, los movimientos sociales y los grupos de profesionales. Las innovaciones del modelo de atención, los recursos humanos y la intersectorialidad son ejes estructuradores del proceso de cambio. Sin embargo, estas reformas enfrentan desafíos pendientes asociados con la necesidad de aumentar el financiamiento público y abordar la segmentación de los sistemas de salud.

Otro enfoque en los procesos de transformación plantea como problema central la cobertura financiera, y ha incorporado proveedores y aseguradores privados como interlocutores en el ámbito público. Las autoridades de salud se hacen presentes en este tipo de reformas por medio de agencias reguladoras y fiscalizadoras de financiadores y proveedores. Las transformaciones institucionales más relevantes de este tipo de reformas son innovaciones en los mecanismos de aseguramiento de la población, y sus desafíos principales radican en la escasa mejora sobre la equidad en el acceso a los servicios de salud y en cambios del modelo de atención.

Teniendo en cuenta la trayectoria de cada país, es necesario profundizar los cambios con una agenda que incluya al mismo tiempo mejoras en la equidad en el acceso y la cobertura mediante la ampliación de la acción colectiva, con transformaciones institucionales de la gobernanza en los servicios de salud, los recursos humanos, el financiamiento, la tecnología de salud y los medicamentos.

LA SALUD PÚBLICA EN LA SOCIEDAD DE LA INFORMACIÓN

Todas las esferas de la vida moderna, la económica, la política, la social, la cultural, llevan la impronta de la sociedad de la información. El mayor o menor grado de informatización de la sociedad es un trazador bastante fiable del desarrollo de un país. El desarrollo sostenible parece un horizonte más cercano en la sociedad de la información, que ha abierto nuevos espacios de encuentro para las relaciones entre las personas, las instituciones y las naciones.

La información es, por un lado, un recurso económico, porque permite incrementar la eficiencia y estimula la creatividad y la innovación en todos los niveles de organización de la sociedad, y por otro, una vía para el ejercicio del derecho y para el cumplimiento de las responsabilidades civiles. Su trascendencia es de tal magnitud que ha dado lugar a un nuevo sector dentro de las estructuras de organización de la sociedad: el sector de la información y de la gestión del conocimiento. Las funciones de la salud pública no cambian, pero sí cambia el modo en que esas funciones se ejercen en una sociedad informatizada. Para que el ejercicio de la salud pública en la sociedad de la información se oriente en la dirección del desarrollo sostenible, debe atenerse a cinco principios rectores: 1) de la ciencia abierta, 2) de los datos abiertos, 3) de los datos estructurados, 4) de las competencias renovadas y 5) del gobierno electrónico.

Aplicado al ámbito de la salud pública, el principio de la **ciencia abierta** entraña el acceso pleno y gratuito a la información y los conocimientos científicos y técnicos, y la actualización profesional del personal sanitario y de los encargados de diseñar e implementar las políticas, lo cual propicia el ejercicio de una salud pública basada en la evidencia. La ciencia abierta implica el estímulo permanente a la investigación y la gestión eficiente para que sus resultados trasciendan al ámbito público en los plazos más cortos posibles y se conviertan en un insumo para mejorar las políticas públicas (*148, 149*).

En la sociedad informatizada, el concepto de equidad en salud puede hacerse extensivo al acceso de todos los países a información válida, fiable y segura, así como a datos científicos sobre el derecho a la educación y a recibir información sobre temas relacionados con la salud. Este acceso libre a la información contribuiría, entre otras cosas, a mejorar tanto las aptitudes analíticas y la calidad de los sistemas de vigilancia sanitaria como la capacidad de respuesta de los sistemas de salud ante amenazas previsibles o contingentes del contexto físico y social.

Las políticas de **datos abiertos** permitirán implementar o mejorar los controles de calidad en los procesos de recolección, almacenamiento y seguridad de los datos (estructurados y no estructurados), asegurando la confidencialidad y la privacidad de las personas mediante la aplicación de criterios internacionales sobre las condiciones de acceso y el establecimiento de estrategias de gobernanza (*150, 151*).

Los **datos no estructurados** son los que emergen de fuentes no formales de información, como las redes sociales o la navegación libre de las personas en la red con intercambio de información especializada o no especializada. Estos datos, debidamente filtrados, podrían aportar valiosas pistas que complementarían a los sistemas formales de información en salud (*152-154*).

Para la implementación de sistemas de vigilancia epidemiológica, la combinación de datos estructurados y no estructurados, bajo estrictos principios éticos de confidencialidad y técnicos, y de manejo adecuado, puede ser la base de una estrategia de datos abiertos para la investigación y la gestión de salud. La captura y manejo de datos no estructurados debe sujetarse a modelos y normas rentables y sensibles a las realidades locales. El uso, el destino y las acciones para garantizar la seguridad de los datos deben ser completamente transparentes (*154*).

Uno de los mayores desafíos para los sistemas de salud en relación con la captura, el procesamiento, el análisis y la divulgación de información, es la baja capacidad analítica y la insuficiente competencia de las personas con responsabilidades y protagonismo en estas tareas, particularmente en sitios alejados de los centros en los que se consolida y agrega la información. Estos desafíos se manifiestan con especial urgencia en nuestra Región. La sociedad de la información exige una actualización constante de las habilidades y competencias profesionales (*155*). Los trabajadores de la salud deben especializarse cada vez más en la gestión de datos estructurados y no estructurados, el uso de tecnologías de la información y la comunicación (TIC), y la aplicación de recursos y metodologías para la gestión de la información y el intercambio de conocimientos en ambientes multilingües y multiculturales. Esta realidad confiere especial vigencia a la línea estratégica de las **competencias renovadas**.

En el ejercicio moderno de las funciones de la salud pública, las TIC ya no son simples recursos instrumentales, sino parte esencial de la formulación de políticas, incluidas las

estrategias de comunicación social y de riesgo, la vigilancia epidemiológica, la respuesta ante emergencias y desastres, los procesos de planificación e innovación, y la priorización de inversiones.

Gobierno electrónico es el término acuñado para aludir a un enfoque que descansa en las TIC para que todos los procesos de gestión, incluida la de la salud, sean más eficaces y transparentes. La implementación de estrategias de salud pública en el marco del gobierno electrónico permite innovar, promover la transparencia y fortalecer la rendición de cuentas en la administración pública y en los procesos democráticos. También favorece el perfeccionamiento de la eficiencia, las relaciones y la comunicación con los ciudadanos (*156*).

La sociedad de la información no es una opción sino un producto del desarrollo al que todas las esferas de la gobernanza, incluida la gobernanza en salud, deben adaptarse. Para la salud pública es un reto urgente asimilar los principios establecidos por la sociedad de la información para avanzar en los esfuerzos colectivos de los Estados Miembros hacia el logro de las metas del desarrollo sostenible.

CONCLUSIONES



El más reciente quinquenio, desde la edición del 2012 de *Salud en las Américas* a la fecha, ha deparado no pocos avances en el panorama de salud regional. El propósito de los sistemas de salud ha sido mejorar la salud y el bienestar de la población mediante el avance progresivo hacia el logro de la salud universal en la Región. Los sucesivos adelantos requerirán mayores esfuerzos de planeamiento, financiación y formación de los recursos humanos, así como el fortalecimiento de la rectoría y gobernanza sectorial e intersectorial. Muchos países redujeron sus tasas de pobreza extrema y mejoraron varios de los indicadores sanitarios en áreas sensibles como la mortalidad infantil y la mortalidad materna, la salud reproductiva, las enfermedades transmisibles y la desnutrición. Sin embargo, al mismo tiempo han surgido nuevos desafíos, mientras que otros ya presentes, como la violencia, los accidentes y las enfermedades no transmisibles, se han agudizado, lo que pone sobre la mesa asuntos que marcarán el rumbo de las políticas de salud en los próximos años.

La salud debe ser reconocida como un derecho humano básico y no meramente prestacional. La salud debe estar presente en todas las políticas, por las razones éticas del derecho y los imperativos prácticos del desarrollo. La idea de la salud como derecho humano impone a los Gobiernos y a los sistemas de salud responsabilidades que van mucho más allá de mejorar los indicadores sanitarios globales y extender las coberturas. La primera gran responsabilidad dimana del concepto de equidad en salud, que coloca en el foco de la atención todas las desigualdades injustas, innecesarias y evitables, lo cual añade a la evaluación del desempeño de un sistema una noción distributiva de la que apenas se tenía conciencia hace cuatro o cinco décadas.

La medición y el monitoreo de estas dos dimensiones (los promedios y la distribución) plantean nuevas exigencias a los sistemas de información, que deben garantizar la relevancia y oportunidad del material así elaborado, el uso de fuentes fiables, adecuados flujos de captura de datos, y deben tener la capacidad de interpretar y comunicar los resultados en función de un repertorio de acciones factibles y previsibles. En particular, la medición de las inequidades requiere elegir los indicadores de salud relevantes, y los criterios de estratificación y las métricas adecuadas.

En otro orden, los sistemas de salud deben enfrentar los problemas asociados a los cambios demográficos y los que se originan fuera de los ámbitos de acción inmediatos del sector salud. El envejecimiento ya es —y lo será cada vez más— un factor clave para la salud pública en las próximas décadas. Aumenta la mediana de la edad, crece la proporción de personas en los estratos de mayor edad, y se incrementa la multimorbilidad, en la que concurren padecimientos crónicos, deterioro de las funciones sensoriales y cognitivas, y aumento de la fragilidad.

La práctica clínica, la administración de salud y la organización de los servicios tendrán que evolucionar y remodelarse para atender a un paciente con alta expectativa de vida y afecciones crónicas múltiples, que tendrá un papel cada vez más protagónico en el autocuidado. A escala poblacional, será necesario avanzar hacia la organización de comunidades parcialmente autogestivas que habrán de catalizar el progreso hacia la salud universal. Será imprescindible, además, asimilar y trasladar a políticas consecuentes el paradigma de causalidad del curso de la vida, e incorporar como nueva misión de los sistemas de salud la construcción de salud (con un alcance que va más allá de la prevención y la promoción, y mucho más allá del cuidado), que no puede realizarse sin el concurso de otros sectores y sin la participación activa de todos los jóvenes y adultos como sujetos de la salud, y de la comunidad como ámbito en el que se desenvuelven.

Solo unos pocos países de la Región han alcanzado las cotas mínimas establecidas de gasto público en relación con el PIB. Además de este punto insatisfactorio y pendiente de la agenda, los sistemas deben reducir su fragmentación y segmentación, y avanzar hacia formas más eficientes de financiamiento. Las soluciones no son únicas ni universales, sino que dependen del contexto. Aunque las estrategias son debatibles, hay dos principios que parecen fuera de toda controversia: la necesidad de eliminar el pago directo de los servicios, y la de implementar fórmulas de prepago que muevan fondos desde las personas de mayor solvencia a las de menor solvencia, y de las personas con menos necesidades a las de más necesidades de atención.

El contexto físico y social está también cargado de riesgos y amenazas, algunas de ellas previsibles y otras contingentes, que obligan a los sistemas de salud a una organización flexible que les permita igualmente desarrollar las funciones de la salud pública y montar dispositivos especiales para afrontar con eficacia y oportunidad situaciones de emergencia.

La violencia en todas sus formas y la inestabilidad política de los países a causa del resquebrajamiento de la institucionalidad democrática son factores endógenos de la sociedad con efectos directos o indirectos sobre la salud y el bienestar humanos.

El cambio climático y las migraciones forzadas o desordenadas son factores exógenos cuyas influencias negativas se hacen sentir en todo el ámbito social, con efectos profundos y duraderos sobre la salud.

Por considerarse la salud el bien más preciado del ser humano, los sistemas de salud tienen un importante papel que desempeñar, en estrecha alianza con otros sectores y con el resto de la sociedad, en la trama de todos estos desafíos endógenos y exógenos.

La sostenibilidad es un concepto clave en cualquier mirada a la salud en el futuro. Pese a que queda mucho por avanzar en la comprensión de sus determinantes y de los procedimientos para monitorearla, es posible identificar algunos elementos clave, entre ellos: la perdurabilidad de los beneficios de salud que se consiguen a partir de una intervención local, un programa o una política; el nivel de institucionalización de los programas, y el empoderamiento de la comunidad. En una sociedad cada vez más informatizada y con un futuro ligado al desarrollo de las tecnologías de la información y la comunicación, la aplicación de estas en la implementación de estrategias de salud pública será vital en el avance hacia la salud universal y el desarrollo sostenible.

La Agenda 2030 representa un hito clave en la historia de la salud pública, porque ha logrado colocar a la salud y el bienestar en un lugar trascendental, que amplía las fronteras del sector y le otorga un protagonismo esencial dentro de las políticas y de los procesos políticos. Las estrategias para afrontar los desafíos de la salud deben beneficiar a todos los sectores de la sociedad. La amplia proyección de la Agenda permitirá que el efecto de los logros en salud se haga sentir en todas las facetas del desarrollo, y recíprocamente, que el desarrollo tenga efectos positivos sobre la salud. Pese a la complejidad que entraña el desarrollo sostenible, la exhortación de la Agenda es claro: las acciones trascienden fronteras, y los países deben identificar a los sectores más vulnerables, no siempre identificables mediante criterios simples de estratificación, desarrollar estrategias innovadoras que los beneficien, y monitorear los avances hacia el logro de las metas del desarrollo.

La Agenda 2030 llama a los individuos, las familias y las comunidades a tomar medidas prácticas y orientadas hacia metas objetivas y tangibles. Es la única vía para hacer realidad las aspiraciones de hacia el desarrollo sostenible.

REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 53.º Consejo Directivo, 66.º sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, Washington, D.C.; del 29 de septiembre al de octubre del 2014 (CD53/5 Rev. 2). Disponible en: http://www.paho.org/uhexchange/index.php/en/uhexchange-documents/informacion-tecnica/27-estrategia-para-el-acceso-universal-a-la-salud-y-la-cobertura-universal-de-salud/file

2. Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la salud en el mundo. Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal.* Ginebra: OMS; 2010. Disponible en: http://www.who.int/whr/2010/whr10_es.pdf

3. Organización Mundial de la Salud. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Folleto informativo n.º 31. El derecho a la salud. Ginebra: OMS; 2008. Disponible en: http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31sp.pdf

4. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Nueva York, 22 de julio, 1946. Disponible en: http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf?ua=1

5. Organización Mundial de la Salud. Declaración Universal de Derechos Humanos. Adoptada por la tercera Asamblea General de las Naciones Unidas, el 10 de diciembre de 1948 en París. Disponible en: http://www.un.org/es/documents/udhr/index_print.shtml

6. Organización de las Naciones Unidas. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Asamblea General de Naciones Unidas, 16 de diciembre de 1966. Disponible en: http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx

7. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Ginebra: OMS; 2002. Resolución 2002/31. Disponible en: http://ap.ohchr.org/documents/S/CHR/resolutions/E-CN_4-RES-2002-31.doc

8. Universidad de Tulane, UNICEF. *Informe sobre Equidad en Salud 2016. Análisis de las inequidades en salud reproductiva, materna, neonatal, de la niñez y de la adolescencia en América Latina y el Caribe para guiar la formulación de políticas.* Ciudad de Panamá: UNICEF; 2016. Disponible en: https://www.unicef.org/lac/media_35076.html

9. Yamin AE, Frisancho A. Human-rights-based approaches to health in Latin America: Universal health coverage in Latin America. *The Lancet.* 2015; 385(9975):e26–29. Disponible en: http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(14)61280-0.pdf

10. Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C.: OPS, 2007. Disponible en: http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion_Primaria_Salud_Americas-OPS.pdf

11. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para la cobertura universal de salud. 154.ª sesión del Comité Ejecutivo. Washington, D. C.: OPS/OMS; 2014. Del 16 al 20 de junio del 2014. (Resolución CE154/R17). Disponible en: http://www.paho.org/bra/images/stories/Documentos2/ce154-r17-s.pdf?ua=1

12. Dmytraczenko T., Almeida G. (eds.). *Toward universal health coverage and equity in Latin America and the Caribbean: evidence from selected countries. Directions in Development.* Washington, D.C.: Banco Mundial/OPS; 2015. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7661/9781464804557_ENG.pdf?sequence=1&isAllowed=y

13. Saksena P, Xu K, Evans DB. *Impact of out-of-pocket payments for treatment of non-communicable diseases in developing countries: a review of the literature.* Documento de debate n.º 2. Ginebra: OMS; 2011. Disponible en: http://www.who.int/health_financing/documents/dp_e_11_02-ncd_finburden.pdf?ua=1

14. Organización Panamericana de la Salud. Medición de metas regionales en el Observatorio Regional de Recursos Humanos en Salud [Internet]. Washington, D.C.: OPS, 2016. Disponible en: http://www.observatoriorh.org/?q=node/242

15. Organización Panamericana de la Salud. Segunda medición de metas regionales en recursos humanos. Washington, D.C.: OPS; 2013. Disponible en: http://www.observatoriorh.org/?q=node/464

16. Datos del Observatorio mundial de la salud. OMS. Disponible en: http://www.who.int/gho/database/es/

17. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. OECD Data [Internet]. Disponible en: https://data.oecd.org

18. Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud. Interim second report on social determinants of health and the health divide in the WHO European Region. 61.ª sesión del Comité Regional de la OMS para Europa, Bakú, Azerbaiyán: del 12 al 15 de septiembre del 2011 (EUR/RC61/Inf.Doc./5). Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/148375/id5E_2ndRepSocialDet-jh.pdf

19. Organización Mundial de la Salud. *From MDGs to SDGs: A new era for global public health 2016–2030.* Ginebra: OMS; 2015. Disponible en: http://www.who.int/about/finances-accountability/funding/financing-dialogue/MDGstoSDGs_Summary.pdf?ua=1

20. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Objetivo 1: fin de la pobreza [Internet]; 2016. Disponible en: http://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals/goal-1-no-poverty.html

21. Organización Panamericana de la Salud. *Trends and achievements in promoting health in the Americas: developments from 2003–2011.* Washington, D.C.:OPS; 2011. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/33830/9789275132333-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

22. Organización Mundial de la Salud. *The Helsinki Statement on Health in All Policies*. Octava Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, del 10 al 14 de junio del 2013, Helsinki, Finlandia. Ginebra: OMS; 2013.

23. Organización Mundial de la Salud. *Health in All Policies (HiAP): framework for country action.* Ginebra: OMS; 2014. Disponible en: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/140120HPRHiAPFramework.pdf

24. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción sobre la salud en todas las políticas. 53.º Consejo Directivo de la OPS, 66.º sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, Washington, D.C., del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014 (resolución CD53/10). Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=26798&Itemid=270&lang=es

25. Organización Panamericana de la Salud. *Nota conceptual: ejecución del plan de acción sobre la Salud en Todas las Políticas (STP).* Washington, D.C.: OPS; 2015. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=30676&lang=es

26. Organización Panamericana de la Salud. *Hoja de ruta para el plan de acción sobre la salud en todas las políticas.* Washington, D.C.: OPS; 2015. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31314/9789275074541-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

27. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 53.º Consejo Directivo, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2014 (resolución CD53. R14). Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27597&Itemid=270&lang=es

28. Reveiz L, Chapman E, Torres R, Fitzgerald J, Mendoza A, et al. Litigios por derecho a la salud en tres países de América Latina: revisión sistemática de la literatura. *Revista Panamericana de Salud Pública.* 2013; 34(1):213–222. Disponible en: http://www.paho.org/journal/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=pdfs-march-2013&alias=570-litigios-por-derecho-a-la-salud-en-tres-paises-de-america-latina-revision-sistematica-de-la-literatura&Itemid=847

29. Gotlieb V, Yavich N, Báscolo E. Litigio judicial y el derecho a la salud en Argentina. *Cad Saúde Pública*, 2016;32(1):e00121114. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n1/0102-311X-csp-0102-311X00121114.pdf

30. Yavich N, Báscolo EP, Haggerty J. Comparing the performance of the public, social security and private health subsystems in Argentina by core dimensions of primary health care. *Family Practice.* 2016; 33(3):249–260. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5439348/

31. Organización Panamericana de la Salud. Funciones esenciales de salud pública. 42.º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud. Del 25 al 29 de septiembre del

2000. Washington, D.C.: OPS; 2000 (Resolución CD42.R14). Disponible en: http://www1.paho.org/spanish/gov/cd/cd42_fr-s.pdf

32. Cid C, Báscolo E, Morales C. La eficiencia en la agenda de la estrategia de acceso universal a la salud y cobertura universal en salud en las Américas. Salud Pública de México 2016; 58:496–503. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v58n5/0036-3634-spm-58-05-00496.pdf

33. Organización Mundial de la Salud. Health Financing. Global Health Observatory (GHO) Data [Internet]. Disponible en: http://apps.who.int/gho/data/node.main.484

34. Organización Panamericana de la Salud. Espacio fiscal para el aumento de la prioridad de salud en el gasto público en la Región de las Américas. Documento de trabajo. Washington D.C.: OPS; diciembre de 2015. Disponible en: http://www.paho.org/uhexchange/index.php/es/uhexchange-documents/informacion-tecnica/41-espacio-fiscal-para-el-aumento-de-la-prioridad-de-salud-en-el-gasto-publico-en-la-region-de-las-americas/file

35. Matus-López M, Prieto Toledo L, Cid Pedraza C. Evaluación del espacio fiscal para la salud en Perú. *Revista Panamericana de Salud Pública.* 2016; 40(1):64–69. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28581/v40n1a9_64-69.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1

36. Organización Panamericana de la Salud. *Estudio de espacio fiscal para salud en Honduras. Informe final*. Washington, D.C.: OPS; 2016.

37. Organización Panamericana de la Salud. Estudio de espacio fiscal para salud en Bolivia. Informe final. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2016.

38. Sachs JD. From Millennium Development Goals to Sustainable Development Goals. *The Lancet* 2012;379(9832):2206–2211. Disponible en: http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(12)60685-0.pdf

39. De Andrade LO, Pellegrini Filho A, Solar O, Rígoli F, Malagon L, Castell-Florit Serrate P, et al. Social determinants of health, universal health coverage, and sustainable development: case studies from Latin American countries. *The Lancet* 2015; 4(385)(9975):1343–1351. Disponible en: http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(14)61494-X.pdf

40. Mujica OJ, Haeberer M, Teague J, Santos-Burgoa C, Galvão LAC. Health inequalities by gradients of access to water and sanitation between countries in the Americas, 1990 and 2010. *Pan American Journal of Public Health* 2015; 38(5):347–354. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892015001000001&lng=en&nrm=iso&tlng=en

41. Restrepo-Méndez MC, Barros AJD, Requejo J, Durán P, Serpa LAF, França GVA, et al. Progress in reducing inequalities in reproductive, maternal, newborn, and child health in Latin America and the Caribbean: an unfinished agenda. *Pan American Journal of Public Health* 2015;38(1):9–16. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892015000600002&lng=en&nrm=iso&tlng=en

42. Beaglehole R, Bonita R, Horton R, Adams C, Alleyne G, Asaria P, et al. 2011. Priority actions for the non-communicable disease crisis. *The Lancet* 377(9775):1438–1447. Disponible en: http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(11)60393-0.pdf

43. Organización Panamericana de la Salud. *Indicadores básicos 2016 – situación de la salud en las Américas*. Washington, D.C.: OPS; 2016. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/31288

44. Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014*. Ginebra: OMS; 2014. Disponible en: http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/es/

45. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción sobre salud mental 2015-2020. 53.º Consejo Directivo de la OPS, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 29 de septiembre al 2 de octubre del 2014; Washington, D.C. (documento CD53/8, Rev. 1). Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11337&Itemid=41600&lang=es

46. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción sobre discapacidades y rehabilitación. 154.ª sesión del Comité Ejecutivo de la OPS; del 16 al 20 de junio del 2014; Washington, D.C. (documento CE154/14). Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=25477&Itemid=270&lang=es

47. Organización Panamericana de la Salud. *La seguridad vial en la Región de las Américas.* Washington, D.C.: OPS; 2016. Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2015/Road_Safety_PAHO_Spanish.pdf

48. Organización Mundial de la Salud, Banco Mundial. *Informe mundial sobre la discapacidad.* Ginebra: OMS; 2011. Disponible en: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/es/

49. Organización Mundial de la Salud. *The global burden of disease: 2004 update* [Internet]. Ginebra: OMS; 2008. Disponible en: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/index.html

50. Organización Mundial de la Salud. *Global status report on violence prevention 2014*. Ginebra: OMS; 2014. Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/report/report/en/

51. Bacallao J, Alerm González A, Ferrer M. (2016). *Paradigma del curso de la vida: implicaciones en la clínica, la epidemiología y la salud pública*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2016. Disponible en: http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Paradigma%20del%20curso%20de%20la%20vida.%20Implicaciones%20en%20la%20cl%C3%ADnica,%20la%20epidemiolog%C3%ADa%20y%20la%20salud%20p%C3%BAblica.pdf

52. Costello A, Abbas M, Allen A, Ball S, Bell S, Bellamy R, et al. Managing the health effects of climate change. *The Lancet 2009*;373(9676):1693–1733. Disponible en: http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(09)60935-1.pdf

53. Prüss-Ustün A, Corvalán C, Bos R, Neira M. *Preventing disease through healthy environments: a global assessment of the burden of disease from environmental risks.* Ginebra: OMS; 2016. Disponible en: http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/preventing-disease/en/

54. Watts N, Adger WN, Agnolucci P, Blackstock J, Byass P, Cai W et al. Health and climate change: policy responses to protect public health. The Lancet 2015; 386:1861–1914. Disponible en: http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(15)60854-6.pdf

55. Organización Mundial de la Salud. Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud. 69.ª Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, 22 de abril del 2016 (A69/17). Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_17-sp.pdf

56. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción sobre demencias en las personas mayores. 54.º Consejo Directivo, 67.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, Washington, D.C., del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2015 (CD54.R11). Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=31930&Itemid=270&lang=es

57. Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población. *World population prospects: the 2017 revision, volume II, demographic profiles.* Nueva York: Naciones Unidas; 2017 (ST/ESA/SER.A/400). Disponible en: https://esa.un.org/unpd/wpp/Publications/Files/WPP2017_Volume-II-Demographic-Profiles.pdf

58. Wong LLR, Carvalho JA. O rápido processo de envelhecimiento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. *Revista Brasileira de Estudos de População 2006*;23(1):5–26. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982006000100002

59. Cruz M, Ahmed A. *On the impact of demographic change on growth, savings, and poverty.* Policy Research Working Paper 7805. Washington, D.C.: World Bank; agosto del 2016. Disponible en: https://elibrary.worldbank.org/doi/pdf/10.1596/1813-9450-7805

60. Organización Mundial de la Salud. *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud.* Ginebra: OMS; 2015. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf

61. Organización Mundial de la Salud. Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona, 69.ª Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, 15 de abril del 2015 (WHA69.39). Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-sp.pdf

62. Beard JR, Biggs S, Bloom DE, Fried LP, Hogan P, Kalache A, et al., eds. *Global population ageing. Peril or promise?* Ginebra: Foro Económico Mundial; 2011. Disponible en: http://www3.weforum.org/docs/WEF_GAC_GlobalPopulationAgeing_Report_2012.pdf

63. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción sobre demencias en las personas mayores. 54.º Consejo Directivo, 67.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las

Américas, Washington, D.C., del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2015 (CD54/8, Rev. 1). Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=31495&Itemid=270&lang=es

64. Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. *Multiple chronic conditions – a strategic framework: optimum health and quality of life for individuals with multiple chronic conditions.* Washington, D.C.: Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos; 2010. Disponible en: https://www.hhs.gov/sites/default/files/ash/initiatives/mcc/mcc_framework.pdf

65. Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A, et al. Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing Research Reviews* 2011; 10(4):430–439. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21402176

66. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud de los migrantes. Informe de la Secretaría. 69.ª Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, 8 de abril del 2016 (documento A69/27). Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_27-sp.pdf

67. Naciones Unidas. Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares. Adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, Nueva York, 18 de diciembre de 1990 (resolución A/RES/45/158). Disponible en: http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CMW.aspx

68. Kuruvilla R, Raghavan R. Health care for undocumented immigrants in Texas: past, present, and future. *Texas Medicine* 2014; 110(7):e1. Disponible en: https://www.texmed.org/July14Journal/

69. Pottie K, Batista R, Mayhew M, Mota L, Grant K. Improving delivery of primary care for vulnerable migrants: Delphi consensus to prioritize innovative practice strategies. *Canadian Family Physician* 2014; 60(1):e32–e40. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3994840/pdf/0600e32.pdf

70. González-Vázquez T, Torres-Robles C, Pelcastre-Villafuerte B. Utilización transnacional de servicios de salud por parte de los migrantes mexicanos en Estados Unidos. *Salud Pública de México* 2013; 55(4):477–484. Disponible en: http://www.scielosp.org/pdf/spm/v55s4/v55s4a6.pdf

71. Naciones Unidas, Departmento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población. Monitoring global population trends [Internet]; 2015. Disponible en: http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/data/estimates2/estimates15.shtml

72. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. *Tendencias globales. Desplazamiento forzado en 2015.* Ginebra: ACNUR; 2016. Disponible en: http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2016/10627.pdf

73. Organización Internacional para las Migraciones. Dinámicas migratorias en América Latina y el Caribe (ALC), y entre ALC y la Unión Europea-Mayo 2015. San José: OIM; 2015. Disponible en: http://publications.iom.int/books/dinamicas-migratorias-en-america-latina-y-el-caribe-alc-y-entre-alc-y-la-union-europea-mayo

74. Organización Internacional para las Migraciones. La OIM informa sobre un número creciente de migrantes irregulares desamparados en Costa Rica. San José: OIM; 2016. Disponible en: https://www.iom.int/es/news/la-oim-informa-sobre-un-numero-creciente-de-migrantes-irregulares-desamparados-en-costa-rica

75. Naciones Unidas. En condiciones de seguridad y dignidad: respuesta a los grandes desplazamientos de refugiados y migrantes. Informe del Secretario General. Nueva York: Naciones Unidas; 2016 (documento A/70/59). Disponible en: http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2016/10614.pdf

76. Naciones Unidas. Declaración de Nueva York para los Refugiados y los Migrantes. Proyecto de resolución remitido a la reunión plenaria de alto nivel de la Asamblea General sobre la respuesta a los grandes desplazamientos de refugiados y migrantes. Nueva York: Naciones Unidas; 2016. Disponible en: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/71/L.1&referer=/english/&Lang=S

77. Bárcenas Ibarra A, Byanyima W. América Latina es la región más desigual del mundo. ¿Cómo solucionarlo? [Internet]; 2016. Disponible en: https://www.weforum.org/es/agenda/2016/01/america-latina-es-la-region-mas-desigual-del-mundo-asi-es-como-lo-solucionamos/

78. Lustig N. La mayor desigualdad del mundo [Internet]. Finanzas & Desarrollo 52(3). Washington, DC: Fondo Monetario Internacional; 2015. Disponible en: https://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/spa/2015/09/pdf/lustig.pdf

79. Organización Panamericana de la Salud. Declaración Regional sobre las nuevas orientaciones de la atención primaria de salud (Declaración de Montevideo), 46.º Consejo Directivo, 57.ª sesión del Comité Regional, Washington, D.C., del 26 al 30 de septiembre del 2005 (documento CD46/13). Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19005&Itemid=270&lang=pt

80. Browne AJ, Varcoe CM, Wong ST, Smye VL, Lavoie J, Littlejohn D, et al. Closing the health equity gap: evidence-based strategies for primary health care organizations. *International Journal for Equity in Health* 2012;11:59. Disponible en: https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-11-59

81. Starfield B. The hidden inequity in health care. *International Journal for Equity in Health* 2011;10:15. Disponible en: https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-10-15

82. Wagstaff A, Van Doorslaer E, Paci P. On the measurement of horizontal inequity in the delivery of health care. *Journal of Health Economics* 1991;10(2): 169–205. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0ahUKEwiVwbLEnJPVAhUJ6CYKHb3wCrEQFgg3MAI&url=https%3A%2F%2Frepub.eur.nl%2Fpub%2F11464%2FOnTheMeasurement_1991.pdf&usg=AFQjCNE1yJoey2FfLW-yrsNDDw89wqW8zw

83. Gakidou E, Murray CJL, Frenk J. A framework for measuring health inequality. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1996. Disponible en: http://www.who.int/healthinfo/paper05.pdf

84. Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. *Journal of Epidemiology & Community Health* 2003;57(4):254–258. Disponible en: http://jech.bmj.com/content/57/4/254

85. Asada Y, Hurley J, Norheim OF, Johri M. A three-stage approach to measuring health inequalities and inequities. *International Journal for Equity in Health* 2014;13:98. Disponible en: https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-014-0098-y

86. Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población. World Population Prospects: The 2017 revision, key findings and advance tables. Documento de trabajo N.º ESA/P/WP.248. Nueva York: Naciones Unidas; 2017. Disponible en: https://esa.un.org/unpd/wpp/Publications/Files/WPP2017_KeyFindings.pdf

87. Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población. World Urbanization Prospects. The 2014 Revision. Nueva York: Naciones Unidas; 2015. Disponible en: https://esa.un.org/unpd/wup/Publications/Files/WUP2014-Report.pdf

88. Rodríguez Vignoli J. La reproducción en la adolescencia y sus desigualdades en América Latina [Internet]. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), editor. Santiago de Chile: Naciones Unidas; 2010, 104 p. Disponible en: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/36853/1/S2014262_es.pdf

89. Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población. World Population Prospects: The 2015 Revision, Volume I: Comprehensive Tables (ST/ESA/SER.A/379). Nueva York: Naciones Unidas; 2015. Disponible en: https://esa.un.org/unpd/wpp/publications/Files/WPP2015_Volume-I_Comprehensive-Tables.pdf

90. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Envejecimiento en el Siglo XXI: una celebración y un desafío. Nueva York: UNFPA; 2012. 192 p. Disponible en: http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ageing%20Report%20Executive%20Summary%20SPANISH%20Final_0.pdf

91. Organización Mundial de la Salud. Global Health Observatory data repository. Cholera. Number of reported cases. Data by country [Internet]. Disponible en: http://apps.who.int/gho/data/node.main.175

92. Organización Panamericana de la Salud. Informe anual de la Red de Monitoreo/Vigilancia de la Resistencia a los Antibióticos. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2013. Disponible en: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=24101&Itemid=270

93. Calvo B et al. First report of Candida auris in America: Clinical and microbiological aspects of 18 episodes of candidemia. *J Infection*. 2016:73(4):369–374. Disponible en: http://www.journalofinfection.com/article/S0163-4453(16)30172-4/pdf

94. Van Bortel W, Dorleans F, Rosine J, Blateau A, Rousset D, Matheus S, et al. Chikungunya outbreak in the Caribbean region, December 2013 to March 2014, and the significance for Europe. Euro Surveill 2014;19(13):20759. Disponible en: http://www.eurosurveillance.org/images/dynamic/EE/V19N13/art20759.pdf

95. Etienne C, dos Santos T, Espinal MA. Keynote address (November 2016): Zika virus disease in the Americas: a storm

in the making. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 97(1):16–18. Disponible en: http://www.ajtmh.org/content/journals/10.4269/ajtmh.17-0207

96. Cardoso CW, Paploski IA, Kikuti M, Rodrigues MS, Silva MM, Campos GS, et al. Outbreak of exanthematous illness associated with zika, chikungunya, and dengue viruses, Salvador, Brazil. Emerging infectious diseases 2015;21(12):2274–2276. Disponible en: https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/21/12/pdfs/15-1167.pdf

97. Organización Panamericana de la Salud. Actualización epidemiológica. Fiebre amarilla. 18 de enero del 2017. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=37710&lang=es

98. Ministerio de Salud de Perú. *Boletín epidemiológico del Perú*. Volumen 25 – semana epidemiológica N.° 52: pp. 1190. ISSN versión electrónica: 2415-0762. Disponible en: http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2016/52.pdf

99. Ministério da Saúde Brasil. Informe especial febre amarela no Brasil No. 01/2017. Disponible en: http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/marco/18/Informe-especial-COES-FA.pdf

100. Sauerbrey M. The onchocerciasis elimination program for the Americas (OEPA). Annals of Tropical Medicine & Parasitology 2008;102(S1):25–29. Disponible en: https://pdfs.semanticscholar.org/f16c/fd6924c0b3bdfcd5eea21a5565456e224c8c.pdf?_ga=2.12500914.707450911.1500481905-179442483.1500481905

101. Programa para la Eliminación de la Oncocercosis en las Américas. Epidemiología [Internet]. Disponible en: http://www.oepa.net/epidemiologia.html

102. Organización Mundial de la Salud. Progress towards eliminating onchocerciasis in the WHO Region of the Americas: verification of elimination of transmission, Guatemala. *Weekly Epidemiological Record* 2016; 91(43):501–505. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250643/1/WER9143.pdf?ua=1

103. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la tuberculosis 2016. Ginebra: OMS; 2016. Disponible en: http://www.who.int/tb/publications/global_report/es/

104. Organización Panamericana de la Salud. Tuberculosis in the Region of the Americas. Regional Report 2014. Epidemiology, Control and Financing. Washington, D.C.: OPS; 2014. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=31283&lang=en

105. Organización Mundial de la Salud. Implementing Tuberculosis Diagnostics. Policy framework. Ginebra: OMS; 2015. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/162712/1/9789241508612_eng.pdf?ua=1

106. Organización Mundial de la Salud. The use of molecular line probe assays for the detection of resistance to second-line anti-tuberculosis drugs. Ginebra: OMS; 2015. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246131/1/9789241510561-eng.pdf

107. Organización Mundial de la Salud. The use of loop-mediated isothermal amplification (TB-LAMP) for the diagnosis of pulmonary tuberculosis: policy guidance. Ginebra: OMS; 2016. Disponible en: http://who.int/tb/publications/lamp-diagnosis-molecular/en/

108. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Aids info. Base de datos en línea [Internet]. Ginebra: ONUSIDA, 2015. Disponible en: http://www.aidsinfoonline.org/devinfo/libraries/aspx/Home.aspx

109. Newman L, Rowley J, Vander Hoorn S, Saman Wijesooriya N, Unemo M, Low N, et al. Global estimates of the prevalence and incidence of four curable sexually transmitted infections in 2012 based on systematic review and global reporting. *Public Library of Science one*. 2015;10(12):e0143304. Disponible en: http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0143304

110. Bruni L, Diaz M, Castellsagué M, Ferrer E, Bosch FX, de Sanjosé S, et al. Cervical human papillomavirus prevalence in 5 continents: meta-analysis of 1 million women with normal cytological findings. *Journal of Infectious Diseases*, 2010; 202(12):1789-1799. Disponible en: https://academic.oup.com/jid/article-lookup/doi/10.1086/65732

111. Bruni L, Diaz M, Barrionuevo-Rosas L, Herrero R, Bray F, Bosch FX, et al. Global estimates of human papillomavirus vaccination coverage by region and income level: a pooled analysis. *The Lancet Global Health* 2016;4(7):e453-e463. Disponible en: http://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X(16)30099-7.pdf

112. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Estudio mundial sobre el homicidio 2013: tendencias, contextos, datos. Viena: UNODC; 2014. Disponible en: https://www.unodc.org/gsh/

113. Organización Mundial de la Salud. Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud. Ginebra: OMS; 2013. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/es/

114. Hillis S, Mercy J, Amobi A, Kress H. Global prevalence of past-year violence against children: A systematic review and minimum estimates. *Pediatrics* 2016; 137(3):e2015407. Disponible en: http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2016/01/25/peds.2015-4079

115. Organización Internacional del Trabajo. Panorama Laboral 2016. 1.ª ed. Lima: OIT/Oficina Regional para America Latina y el Caribe; 2016. Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_537803.pdf

116. Organización Panamericana de la Salud. *Salud en las Américas 2012: Panorama regional y perfiles de país.* Washington, D.C.: OPS ; 2012. Disponible en: http://www1.paho.org/saludenlasamericas/docs/sa-2012-resumen.pdf

117. Organización Internacional del Trabajo. Country profiles on occupational health and safety. [Internet] Ginebra: OIT. Disponible en: http://www.ilo.org/safework/countries/lang--en/index.htm

118. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Instituto de Estadística de la UNESCO [Internet]; 2016. Disponible en: http://data.uis.unesco.org/

119. Organización de los Estados Americanos. *Informe sobre uso de drogas en las Américas 2015*. Washington, DC: OEA; 2015. Disponible en: http://www.cicad.oas.org/oid/pubs/UsoDrogasAmericas_SPA_web.pdf

120. Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población. World population prospects: the 2015 revision. File FERT/7: age-specific fertility rates by major area, region and country, 1950–2100 [Internet]; 2016. Disponible en: https://esa.un.org/unpd/wpp/Download/Standard/Fertility/

121. He W, Goodkind D, Kowal P. Oficina del Censo de Estados Unidos. An aging world: 2015. International Population Reports, P95/16-1. Washington, D.C.: Oficina de Publicaciones del Gobierno de Estados Unidos; 2016. Disponible en: https://www.census.gov/library/publications/2016/demo/P95-16-1.html

122. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción sobre la salud de las personas mayores incluido el envejecimiento activo y saludable. Washington, D.C., 2009. (CD49/8). Disponible en: http://fiapam.org/wp-content/uploads/2014/11/plan_de_accio_n_sobre_la_salud.pdf

123. Becerra-Posada F. Equidad en salud: mandato esencial para el desarrollo sostenible. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2015;38(1):5–8. Disponible en: http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v38n1/v38n1a01.pdf

124. Hartmann C. Postneoliberal public health care reforms: neoliberalism, social medicine, and persistent health inequalities in Latin America. *American Journal of Public Health* 2016; 106(12):2145–2151. Disponible en: http://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.2016.303470

125. Itriago D. Wielding influence, building inequality: capture of tax policies in Latin America and the Caribbean. Development 2016;59(1–2):151–157. Disponible en: https://link.springer.com/article/10.1057%2Fs41301-017-0069-x

126. Boldosser-Boesch A, Brun M, Carvajal L, Chou D, de Bernis L, Fogg K, et al. Setting maternal mortality targets for the SDGs [carta]. *The Lancet* 2017;18(389):696–697; también Kassebaum NJ, Lozano R, Lim SS, Murray CJ. Setting maternal mortality targets for the SDGs [respuesta de los autores]. *The Lancet* 2017; 18(389):697–698. Disponible en: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673617303379/pdfft?md5=54f20e7331fabb0e619e2202732d1bf9&pid=1-s2.0-S0140673617303379-main.pdf

127. Organización Mundial de la Salud, Banco Mundial. Monitoring progress towards universal health coverage at country and global levels: framework, measures and targets. Ginebra: OMS; 2014. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112824/1/WHO_HIS_HIA_14.1_eng.pdf?ua=1

128. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care* 1981;19(2):127–140. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7206846

129. Thorpe JM, Thorpe CT, Kennelty KA, Pandhi N. Patterns of perceived barriers to medical care in older adults: a latent class analysis. *BMC Health Services Research* 2011;11:181. Disponible en: http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-11-181

130. Organización Mundial de la Salud. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Ginebra: OMS; 2010. Disponible en: http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_full_web.pdf

131. Bernstein AB, Hing E, Moss AJ, Allen KF, Siller AB, Tiggle RB. Health care in America: trends in utilization. Hyattsville: National Center for Health Statistics; 2003. Disponible en: https://www.cdc.gov/nchs/data/misc/healthcare.pdf

132. Naciones Unidas, Comisión Mundial sobre Medio Ambiente y Desarrollo. *Report of the World Commission on Environment and Development: our common future*. Oxford: Oxford University Press; 1987. Disponible en: http://www.un-documents.net/our-common-future.pdf

133. Organización Mundial de la Salud. *Health in the context of sustainable development. Background document*. Oslo: OMS; 2002. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/events/HSD_Plaq_02.6_def1.pdf

134. Naciones Unidas. Declaración de Rio sobre el medio ambiente y el desarrollo. Asamblea General, Nueva York, 12 de agosto del 1992 (A/CONF.151/26). Disponible en: http://www.un.org/documents/ga/conf151/spanish/aconf15126-1annex1s.htm

135. Organización Mundial de la Salud. Health in 2015: from MDGs (Millennium Development Goals) to SDGs (Sustainable Development Goals). Ginebra: OMS; 2015. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/200009/1/9789241565110_eng.pdf?ua=1

136. Asamblea General de las Naciones Unidas. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Septuagésimo período de sesiones de la Asamblea General, Nueva York, 21 de octubre del 2015 (A/RES/70/1). Disponible en: http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=S

137. Pavón Cuéllar D, Sabucedo Cameselle JM. El concepto de la "sociedad civil": breve historia de su elaboración teórica. *Araucaria: Revista Iberoamericana de Filosofía, Política y Humanidades* 2009;11(21):63–92. Disponible en: http://alojoptico.us.es/Araucaria/nro21/ideas21_4.pdf

138. Hasenfeld Y, Gidron B. Understanding multi-purpose hybrid voluntary organizations: the contributions of theories on civil society, social movements and non-profit organizations. *Journal of Civil Society* 2005;1(2):97–112. Disponible en: http://www.bgu.ac.il/~gidron/publication/Multi_purpose.pdf

139. Pasarín MI, Diez E. Salud comunitaria. Una actuación necesaria. Gaceta Sanitaria 2013;27(6):477–478. Disponible en: http://www.gacetasanitaria.org/es/salud-comunitaria-una-actuacion-necesaria/articulo/S0213911113001799/

140. Gofin J, Gofin R. *Essentials of global community health*. Essential Public Health Series. Reigelman R, series ed. Sudbury: Jones & Bartlett Learning; 2012.

141. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Mutual accountability mechanisms: accountability, voices and responsiveness. Documento de sesión N.º 6. Documento de trabajo, 6 de noviembre. Nueva York: PNUD; 2006. Disponible en: http://www.undp.org/content/dam/aplaws/publication/en/publications/capacity-development/drivers-of-change/accountability/mutual-accountability-mechanisms/Mutual-Accountability-cp6.pdf

142. Swinburn B, Kraak V, Rutter H, Vandevijvere S, Lobstein T, Sacks G, et al. Strengthening of accountability systems to create healthy food environments and reduce global obesity. *The Lancet* 2015;385(9986):2534–2545. Disponible en: http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(14)61747-5.pdf

143. Robine JM. Life course, environmental change, and life span. *Population and Development Review* 2003; 29:229–38. Disponible en: http://www.jstor.org/stable/3401353

144. Halfon N, Hochstein M. Life course health development: an integrated framework for developing health, policy, and research. *Milbank Quarterly* 2002;80(3):433–479. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690118/pdf/milq0080-0433.pdf

145. Halfon N, Larson K, Lu M, Tullis E, Russ S. Life course health development: past, present and future. *Maternal Child Health Journal* 2014;(18):344–365. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3890560/pdf/10995_2013_Article_1346.pdf

146. Yamey G, Shretta R, Newton Binka F. The 2030 sustainable development goal for health. *BMJ* 349(2014):g5295.

Disponible en: http://www.bmj.com/content/bmj/349/bmj.g5295.full.pdf

147. Organización Mundial de la Salud. *Everybody's business. Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*, Ginebra: OMS; 2007. Disponible en: http://www.who.int/healthsystems/strategy/es/

148. Organización de los Estados Americanos, Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Relatoría Especial para la Libertad de Expresión de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos [Internet]. Washington, D.C.: OEA; Disponible en: www.oas.org/es/cidh/expresion/

149. Alianza para el Gobierno Abierto. What is the Open Government Partnership? [Internet]. 2011. Disponible en: https://www.opengovpartnership.org/about/about-ogp

150. Organización Mundial de la Salud. *Veinticinco preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos*. Ginebra: OMS; 2002. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42592/1/9243545698_spa.pdf

151. D´Agostino M, Mejía F, Martí M, Novillo D, González de Cosío F, Farach N. Social dialogue and scientific production on big and open data in health: from facilitating surveillance and preventing disease to fostering behavioral changes. *Open Sci.* 2016;4(3):14–22. Disponible en: http://www.openscienceonline.com/journal/archive2?journalId=718&paperId=3255

152. Yousefi-Nooraie R, Dobbins M, Marin A, Hanneman R, Lohfeld L. The evolution of social networks through the implementation of evidence-informed decision-making interventions: a longitudinal analysis of three public health units in Canada. *Implementation Science* 2015;10(1):1. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4669621/pdf/13012_2015_Article_355.pdf

153. Martí MC, Veiga de Cabo J, D'Agostino M, Sanz-Valero J. Alfabetización digital: un peldaño hacia la sociedad de la información. *Medicina y Seguridad del Trabajo* 2008;54(210):11–15. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v54n210/especial2.pdf

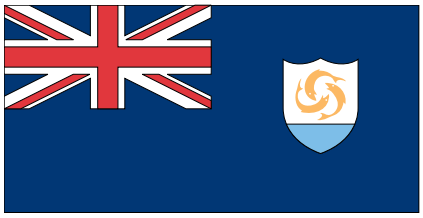
154. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y Plan de Acción sobre eSalud. 51.º Consejo Directivo, 63.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, D.C. del 26 al 30 de septiembre del 2011 (documento CD51/13). Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=14573&Itemid

155. Novillo-Ortiz D, D'Agostino M, Becerra-Posada F. El rol de la OPS/OMS en el desarrollo de capacidad en eSalud en las Américas: análisis del período 2011–2015 *Rev Panam Salud Publica.* 2016;40(2):85–89. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31161/v40n2a4_85-89-eng.pdf?sequence=3&isAllowed

156. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción sobre eSalud: examen de mitad de período. 55.º Consejo Directivo, 68.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, D.C. del 26 al 30 de septiembre del 2016 (documento CD55/INF/12-A). Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=35692&Itemid=270&lang=es



PERFILES DE PAÍS

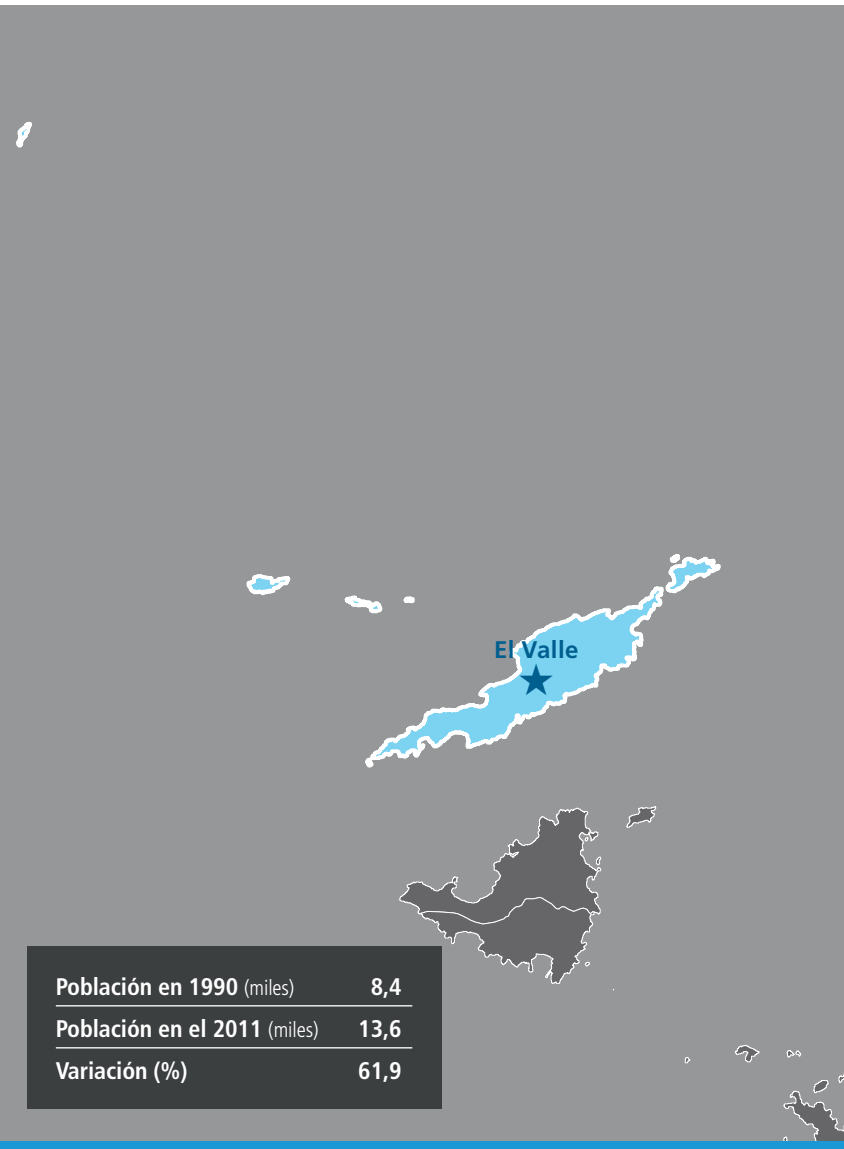


ANGUILA

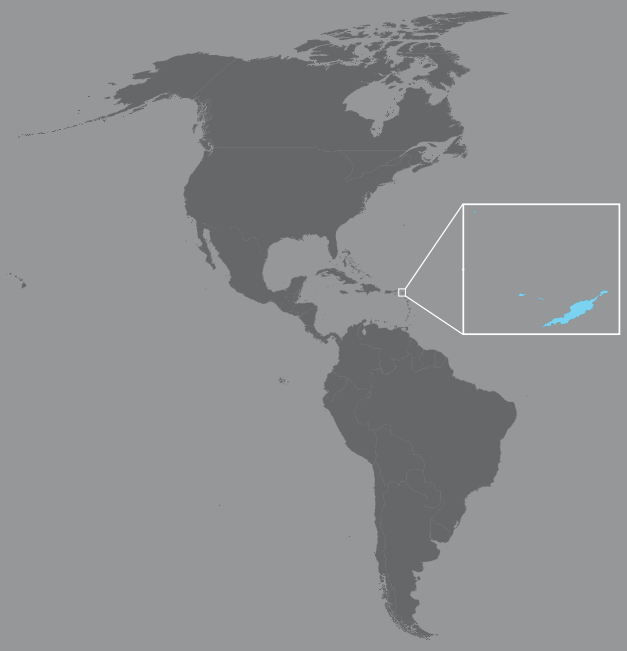
INDICADORES BÁSICOS SELECCIONADOS

1990-2015

	Valor 1990	Valor y año	Variación (%)
Ingreso nacional bruto, paridad de poder adquisitivo (PPA, US$ per cápita)	...	**21 188** (2014)	...
Índice de desarrollo humano	...	...	...
Promedio de años de escolaridad	...	...	...
Población que usa instalaciones de agua potable mejoradas (%)	**93,0**	**95,0** (2015)	**2,1**
Población que usa instalaciones de saneamiento mejoradas (%)	...	**98,0** (2015)	...
Esperanza de vida al nacer (años)	...	**81,3** (2013)	...
Mortalidad infantil (por 1 000 nacidos vivos)	...	**12,1** (2013)	...
Mortalidad materna (por 100 000 nacidos vivos)	...	...	...
Incidencia de tuberculosis (por 100 000 habitantes)	**24,0**	**6,3** (2013)	**-73,8**
Mortalidad por tuberculosis (por 100 000 habitantes)	...	...	...
Cobertura de inmunización contra el sarampión (%)	...	**97,0** (2015)	...
Cobertura de atención del parto por personal cualificado (%)	...	**98,8** (2015)	...



Población en 1990 (miles)	**8,4**
Población en el 2011 (miles)	**13,6**
Variación (%)	**61,9**



Anguila es un territorio autónomo de ultramar del Reino Unido y es una de las más septentrionales de las islas de Sotavento, del grupo de las Antillas Menores, en el Caribe. Tiene una superficie de 91 km^2 e incluye algunas islas e islotes deshabitados. Su división administrativa es de 14 distritos. Toda la población se considera urbana.

En el 2011 la población era de 13 572 habitantes. En 1990, su estructura mostraba una tendencia estacionaria en los menores de 30 años de edad. En la actualidad su configuración global es más estacionaria, aunque con aumento en los grupos de edad media laboral, en especial de las mujeres.

La población afrodescendiente alcanza 85,3% y la hispana, 4,9%, junto a otros grupos de menor proporción. La esperanza de vida es de 81,3 años (78,7 en los hombres y 84,0 en las mujeres).

Su economía se considera de ingresos elevados y depende en gran medida del turismo. En el 2014, el producto interno bruto (PIB) per cápita era de US$ 21 493 y el ingreso nacional bruto per cápita, de US$ 21 188. La crisis mundial del 2008 debilitó el sector financiero y deterioró el presupuesto fiscal.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Según la Ley de Educación de Anguila del 2012, la escolarización es obligatoria para los niños de 5 a 17 años y la educación es gratuita en todas las escuelas públicas. La alfabetización funcional es de 93%.

En el 2008, la pobreza alcanzaba a 5,8% y la indigencia era inexistente.

La escasez de agua es un serio problema para Anguila; el abastecimiento de agua depende en buena medida de la lluvia y el almacenamiento. Los recursos de agua dulce son subterráneos, y el agua es salobre e inapropiada para beber. Tres de cada cinco hogares (61%) indicaron que su principal fuente de agua potable era el agua embotellada.

El 98% de la población informó que tenían acceso a instalaciones de saneamiento mejoradas.

En el 2011, casi todos los hogares usan el sistema de recolección de basura del gobierno (99,2%).

El territorio es vulnerable a desastres, como inundaciones y tormentas. La última gran inundación fue causada por el huracán Gonzalo en el 2014, aunque no hubo heridos graves ni muertes.

La isla también está experimentando algunos efectos de la variabilidad y el cambio climáticos. Se espera el aumento de la temperatura atmosférica, la reducción de las precipitaciones anuales y el potencial aumento de la intensidad de las tormentas tropicales.

Hay escasez de tierras disponibles para los cultivos por un suelo degradado e infértil, en parte resultante de una mala gestión previa de los suelos. Esta situación constituye una limitación para la agricultura y la seguridad alimentaria.

Los inmigrantes proceden principalmente de la República Dominicana, Jamaica, Saint Kitts y Nevis, los Estados Unidos y otros países del Caribe.

SITUACIÓN DE LA SALUD Y DEL SISTEMA DE SALUD

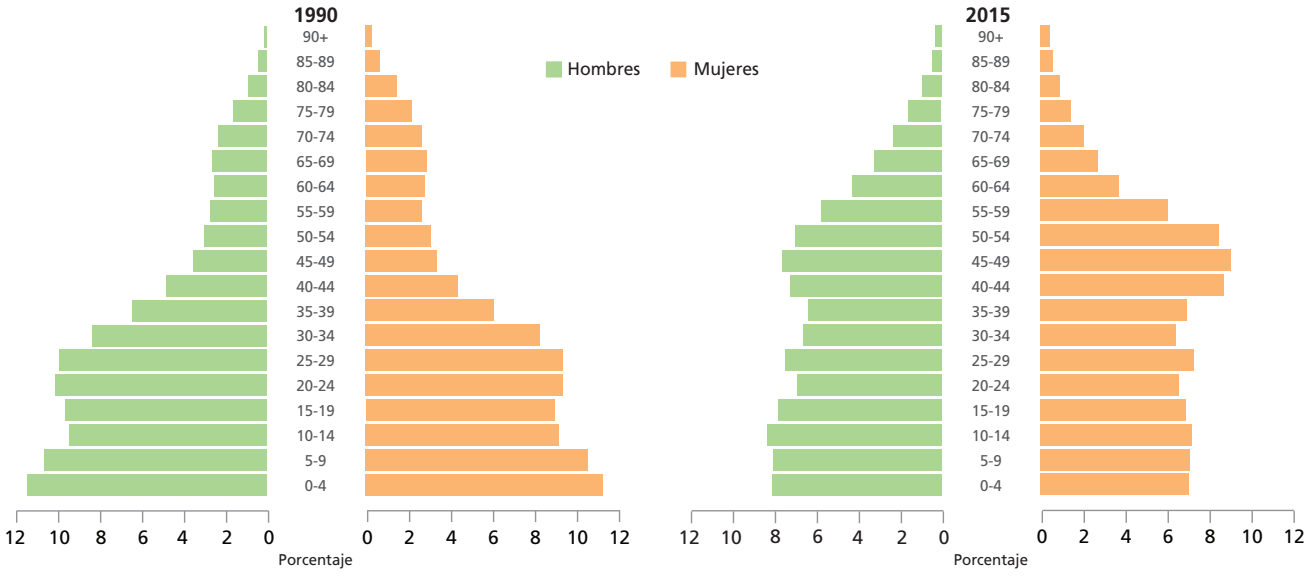
Desde el 2010 no se registran muertes maternas. La cobertura de la atención prenatal y la asistencia especializada al parto es universal.

En el 2014, la tasa de mortinatalidad fue de 13,2 por cada 1 000 nacimientos; 8% de los recién nacidos fueron prematuros y 23% presentaron peso bajo al nacer. Desde el 2001, se registran entre cero y tres muertes anuales, con un bajo número de nacimientos (202 en el 2015).

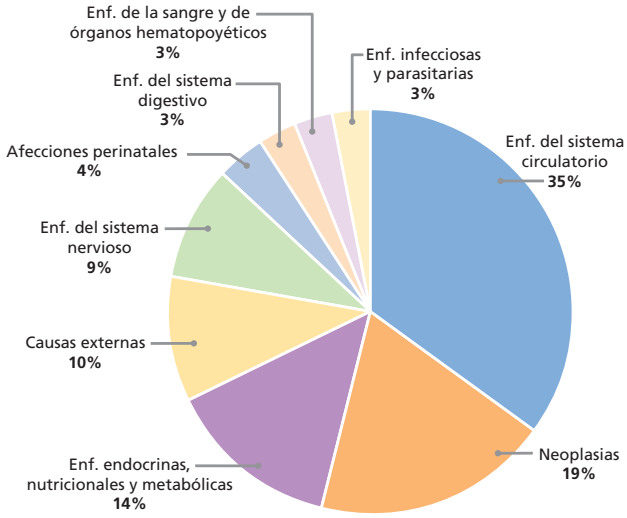
Entre el 2014 y el 2015, 5% de los preescolares tenían sobrepeso y 21% eran obesos. Entre los alumnos de sexto grado, 14% tenían sobrepeso y 23% eran obesos.

La cobertura de vacunación se sitúa normalmente por encima de 95% anual para la difteria, la tos ferina y el tétanos (DPT), la hepatitis B, *Haemophilus influenzae* de tipo b, la poliomielitis, la vacuna BCG (antituberculosa), la varicela y la primera dosis de la vacuna del sarampión, la parotiditis y la rubéola (SPR). En el 2015, se introdujo la vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) para las niñas de 9 a 13 años en el marco del programa de salud escolar.

Estructura de la población según edad y sexo, Anguila, 1990 y 2015



Mortalidad proporcional (% defunciones totales, todas las edades, ambos sexos), 2014



En el período entre el 2010 y el 2014, 52% de las 341 muertes registradas se debieron a enfermedades no transmisibles. Las principales muertes por enfermedad cardiovascular fueron la cerebrovascular (9%), la cardiopatía isquémica (7%) y la enfermedad hipertensiva (5%).

En el 2014, el cáncer de próstata fue la principal causa de muerte de las defunciones por cáncer en los hombres y el cáncer del cuello uterino en las mujeres.

En el 2014 se confirmó un caso importado de malaria (*Plasmodium falciparum*). El dengue es endémico; el número anual más elevado de casos notificados entre el 2010 y el 2015 se produjo en el 2014, con ocho casos.

El virus chikunguña ingresó en el país en el 2014, con 55 casos confirmados ese mismo año, y luego tres en el 2015. La transmisión local del virus del Zika se confirmó en junio del 2016 y hasta finales de septiembre del mismo año hubo cinco casos confirmados por laboratorio.

El territorio tiene una baja prevalencia para el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el sida, con un total de ocho casos (dos en mujeres) identificados entre el 2010 y el 2015. No se identificaron nuevos casos de VIH en los años 2014 y 2015. Desde el 2010 no se ha registrado ningún caso de tuberculosis. En el 2016, el territorio completó el ejercicio de validación para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis.

Los suicidios son relativamente raros en Anguila; en el 2013 se notificó un suicidio y en el 2014, ninguno.

La atención de salud es responsabilidad del Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Es responsable de la gobernanza y la reglamentación de todo el sistema de atención de salud, que abarca tanto al sector público como al privado.

El sistema asistencial de salud se divide en tres distritos e incluye un policlínico, cuatro centros de salud y un hospital con 32 camas; todos ellos están bajo la gestión de la Autoridad Sanitaria. No se dispone de servicios terciarios y en caso de necesidad, se requiere acudir a atención en el extranjero.

En el 2013, el Gobierno aprobó el Marco de Responsabilidad Fiscal, mediante el cual asume el compromiso de mantener una gestión abierta y transparente de las finanzas públicas, con el objetivo de lograr un desarrollo sostenible del sistema de salud.

La Política Nacional y el Plan Estratégico para la Salud 2015-2020 están en plena aplicación.

Los servicios de atención de salud requieren el desembolso de un copago y no toda la población está asegurada, lo que significa que hay barreras económicas para acceder a la atención de salud.

Frente a este problema y para favorecer el acceso, el Departamento de Desarrollo Social proporciona asistencia financiera, (previa comprobación de falta de recursos) para aquellas personas que no pueden pagar la atención. Además, pueden existir barreras culturales adicionales para el acceso de las poblaciones migrantes, como el idioma.

La disponibilidad de médicos, enfermeras y dentistas del sector público es de 12,5, 26,3 y 1,3 por 10 000 habitantes, respectivamente. La atención se complementa con la asistencia de profesionales de la salud visitantes, tanto en el sector público como en el privado.

La Unidad de Información Sanitaria recopila información de aproximadamente 67% de los centros de notificación de enfermedades transmisibles y administra todos los registros de nacimientos y defunciones. Hasta la fecha no se ha llevado a cabo ninguna evaluación formal sobre la calidad de los datos.

LOGROS, DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS

Anguila es un territorio caracterizado por un nivel de ingresos elevados y por su estabilidad política y social. La industria turística le proporciona un alto nivel de ingresos.

El territorio ha logrado avances sustantivos en la educación de calidad y la disponibilidad de agua limpia y saneamiento. El avance en las áreas de salud se refleja en la reducción de enfermedades y muertes prevenibles mediante vacunación, la mortalidad materna y las defunciones por enfermedades transmisibles en general, con un nivel relativamente bajo de mortalidad infantil.

El Gobierno ha puesto en un lugar de máxima prioridad las enfermedades crónicas no transmisibles, como lo demuestra la aprobación del plan de acción nacional de enfermedades

no transmisibles 2016-2025, y en el 2015, el desarrollo de una Unidad de Enfermedades Crónicas.

Debido al envejecimiento de la población, se ha instaurado con la Política nacional para las personas mayores (2009) y la Política nacional de centros de atención residencial para personas mayores (2012).

En el 2013, la adopción del marco de responsabilidad fiscal es un buen mecanismo por medio del cual adquirió el compromiso de administrar los fondos públicos de manera plenamente abierta y transparente, en conformidad con los estándares más altos de la gobernanza y la democracia.

Hay algunos aspectos de la agenda que están inconclusos y nuevos desafíos que se deben abordar. Entre estos, destaca la carga de las enfermedades crónicas no transmisibles, la sostenibilidad general de la financiación de la atención de la salud y el acceso universal a los servicios de salud.

El sistema de salud debe prepararse adecuadamente para enfrentar una mayor demanda asistencial en el futuro, que estará relacionada con el envejecimiento de la población y con el aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles.

Anguila tiene una gran dependencia del turismo y su mercado es sensible a los desastres, las catástrofes naturales y las amenazas de enfermedades transmisibles, en el contexto de la vulnerabilidad de la isla ante los desastres naturales y el cambio climático. Estos siguen siendo retos importantes.

Se están monitoreando los patrones del cambio climático y su posible impacto en la salud, como, por ejemplo, el aumento de las enfermedades transmitidas por mosquitos y la aparición de nuevas amenazas y enfermedades emergentes, como el virus chikunguña y el del Zika, que son de gran importancia.

Se sigue haciendo hincapié en la capacidad de respuesta ante las emergencias relacionadas con desastres naturales y ante las emergencias de salud pública.

Se debe abordar el problema del número limitado de profesionales de la salud capacitados a nivel del territorio y las estrategias que deberán desarrollarse para capacitarlos, reclutarlos y retenerlos. Es necesario modernizar el actual sistema de información de salud, con el fin de mejorar la precisión y la eficiencia.

Existe un compromiso nacional para hacer frente a estos desafíos actuales y futuros.

PUNTOS ADICIONALES

Los mayores avances en salud incluyen la reducción de la mortalidad materna y el mantenimiento de la mortalidad nula de las enfermedades prevenibles por vacunación.

Anguila participó con éxito en el cambio global de la vacuna trivalente a la bivalente contra la poliomielitis en el 2016.

El territorio completó el ejercicio de validación para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis en el 2016.

La prevención de las enfermedades no transmisibles ha sido elevada a la más alta prioridad por el Gobierno, como lo demuestra la aprobación del plan de acción nacional y el desarrollo de una unidad de enfermedades crónicas. Este último es un esfuerzo concertado para alejarse de los enfoques verticales de la programación y un mejor uso de los recursos para abordar los problemas prioritarios de salud pública.

Entre los avances más importantes del quinquenio del 2012 al 2016 destacan la eliminación de la transmisión madre a hijo del VIH y la sífilis, la reducción de la mortalidad materna y la ausencia de mortalidad por las enfermedades prevenibles, debido a los programas de vacunación.

El enfoque de la nueva unidad es la salud sexual y reproductiva (incluyendo las infecciones de transmisión sexual y el VIH/sida), así como las principales enfermedades crónicas no transmisibles.



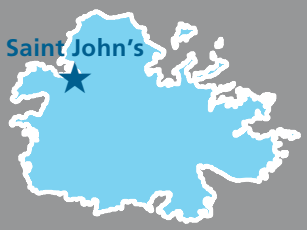
ANTIGUA Y BARBUDA

INDICADORES BÁSICOS SELECCIONADOS

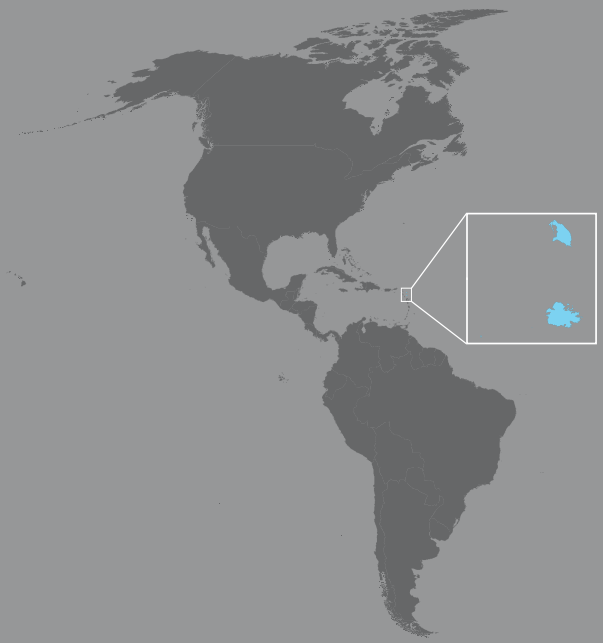
1990-2015

	Valor 1990	Valor y año	Variación (%)
Ingreso nacional bruto, paridad de poder adquisitivo (PPA, US$ per cápita)	...	**21 370** (2014)	...
Índice de desarrollo humano	...	**0,783** (2013)	...
Promedio de años de escolaridad	...	**9,2** (2014)	...
Población que usa instalaciones de agua potable mejoradas (%)	**97,0**	**98,0** (2015)	**1,0**
Población que usa instalaciones de saneamiento mejoradas (%)	**75,0**	**84,3** (2015)	**12,4**
Esperanza de vida al nacer (años)	**71,4**	**77,5** (2015)	**8,5**
Mortalidad infantil (por 1 000 nacidos vivos)	**23,4**	**13,8** (2015)	**-41,0**
Mortalidad materna (por 100 000 nacidos vivos)	...	...	...
Incidencia de tuberculosis (por 100 000 habitantes)	**1,9**	**3,3** (2013)	**73,5**
Mortalidad por tuberculosis (por 100 000 habitantes)	**3,9**	**1,4** (2013)	**-64,1**
Cobertura de inmunización contra el sarampión (%)	**89,0**	**98,0** (2015)	**10,1**
Cobertura de atención del parto por personal cualificado (%)	...	**100,0** (2015)	...





Población en 1990 (miles)	**61,9**
Población en el 2015 (miles)	**90,8**
Variación (%)	**46,5**



Antigua y Barbuda está ubicada en las islas de Sotavento en el Caribe septentrional. Formado por tres islas, Antigua, Barbuda y Redonda (esta última, deshabitada), cuenta con una superficie total de 442,6 km². El 98% de la población vive en Antigua; 60% en la parroquia de Saint John y 26% en la capital, Saint John's. Antigua y Barbuda se divide administrativamente en seis regiones llamadas parroquias y dos dependencias: Barbuda y Redonda.

La población alcanzaba a 85 567 habitantes en el 2011 y a 90 755 en el 2015. Su estructura mostraba una tendencia expansiva en 1990 y en el 2015 había adoptado una tendencia estacionaria en los menores de 25 años, con un envejecimiento de la población.

En el 2015, 9% de la población era mayor de 65 años y 24,3% es menor de 15 años, mientras que la esperanza de vida al nacer era de 75,2 años en hombres y 80,5 en mujeres. La población está formada principalmente por afrodescendientes (90%).

La economía depende principalmente del turismo, que aporta casi 60% del producto interno bruto (PIB), así como de la construcción y de los servicios financieros. En el 2014, el índice de desarrollo humano era 0,783.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

La tasa de desempleo en el 2011 fue de 10,2% (11,2% en los hombres y 9,4% en las mujeres), y es mayor en el grupo de edad de los 15 a los 19 años. El grupo de 20 a 24 años presentó una tasa de 20,3% en el 2011. El país cuenta con una legislación laboral que garantiza la igualdad de remuneración por igual trabajo, independientemente del sexo.

En el 2006, 28,3% de la población se encontraba en situación de pobreza y no se cuenta con información más actualizada.

Muchos trabajadores del sector agrícola son inmigrantes, y tienen acceso a la atención de salud. Sin embargo, no se ha determinado el impacto en la demanda de servicios ni las amenazas específicas a la salud.

El acceso a la educación en los niveles primario y secundario es gratuito y obligatorio desde el 2013, cuando se introdujo el acceso escolar universal. La alfabetización de los adultos mayores de 15 años alcanza a 98,4% de la población.

El país es propenso a los huracanes y a la actividad sísmica, lo que produce daños en la infraestructura física y los productos agrícolas. El último gran huracán, Gonzalo, sucedió en el 2014.

En el 2005, la tasa de homicidios fue de 3,5 homicidios por cada 100 000 habitantes, y en el 2015 aumentó hasta 6,0 por 100 000 habitantes.

La mayoría de los hogares (86%) cuenta con acceso a agua potable, mientras que el resto utiliza cisternas o pozos. La cobertura del saneamiento alcanza a 84,3% de la población.

Se espera que el cambio climático tenga un impacto negativo sobre la agricultura y la seguridad alimentaria, la energía y el turismo, la calidad y la disponibilidad del agua, y la salud humana, así como la biodiversidad marina y terrestre y la pesca.

SITUACIÓN DE LA SALUD Y DEL SISTEMA DE SALUD

En el 2015 se estimaba una media anual de 2 500 nacimientos y se produjeron tres muertes maternas entre el 2010 y el 2015.

Los servicios de salud materna y reproductiva se ofrecen gratuitamente en todas las clínicas de salud comunitaria y también están disponibles en el sector privado. Cubren a 100% de las mujeres y todos los nacimientos los atiende personal capacitado en el hospital.

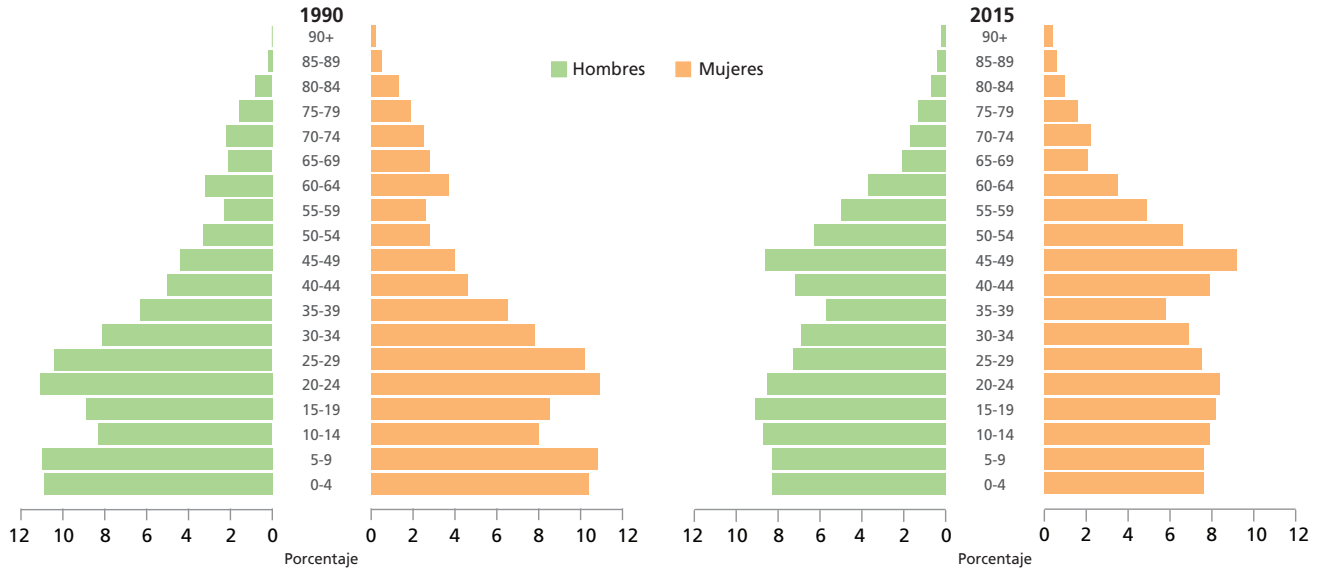
Entre el 2010 y el 2015, la tasa de mortalidad infantil disminuyó de 18,6 a 13,8 muertes de menores de un año por 1 000 nacidos vivos. La tasa de mortalidad de menores de 5 años fue de 17,2 muertes por cada 1 000 nacidos vivos en el 2014.

La cobertura de inmunizaciones de las vacunas incorporadas en el programa nacional de inmunizaciones fluctúa entre 96% y 100%.

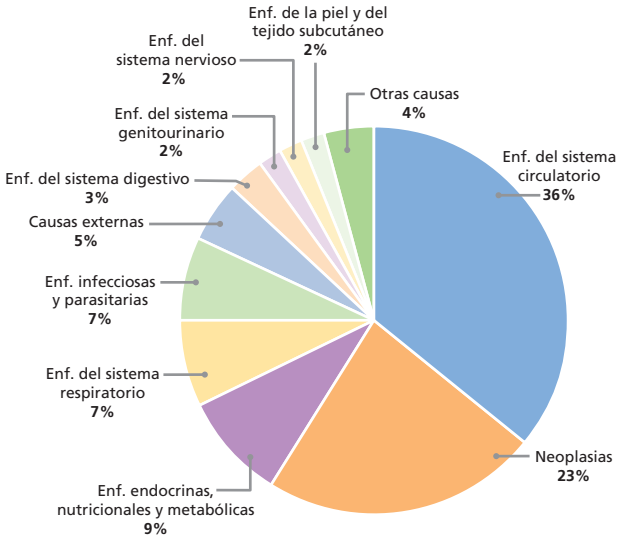
La iniciación de la lactancia materna al nacer está sobre 95%, pero solo 30% completa hasta las 6 semanas de edad.

En el año 2014, las muertes por enfermedades del sistema circulatorio fueron 36% y las muertes por neoplasias, 23%, de modo que casi 60% de las muertes totales correspondieron a una de esas dos causas.

Estructura de la población según edad y sexo, Antigua y Barbuda, 1990 y 2015



Mortalidad proporcional (% defunciones totales, todas las edades, ambos sexos), 2014



El dengue es endémico, con un número anual de 31 casos en el 2011 y 3 en el 2015, sin muertes asociadas.

En el 2013 hubo seis casos confirmados de fiebre por chikunguña, y no han sido notificados nuevos casos desde entonces. En el 2016 se confirmaron los primeros casos de infección por el virus del Zika, con 14 casos, incluida una mujer embarazada cuyo recién nacido no presentó anomalías congénitas.

En el 2014, el índice de hogares con mosquito *Aedes aegypti* fue de 6,5%.

La prevalencia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)/sida en la población general se calculó en 1,39% en el 2011, y descendió a 0,89% en el 2014. El número acumulado de casos notificados del 2011 al 2015 fue de 215. De ellos, 74,0% se dio en personas de entre 15 y 49 años, y solo un recién nacido adquirió la infección por transmisión vertical.

La tasa de incidencia de tuberculosis en el 2014 fue de 3,3 por 100 000 habitantes; para el período 2011-2015, el número acumulado de casos fue de 248, principalmente de hombres. En el 2010 se notificó un caso de tuberculosis resistente a la rifampicina.

En el 2012, la diabetes ocupaba el tercer lugar entre las principales causas de defunción y representaba 10,8% de todas las muertes. Las cardiopatías fueron la segunda causa de muerte en hombres y mujeres, y representaban 19,3% de todas las muertes. Las enfermedades cerebrovasculares fueron la causa del 7,7% de las defunciones.

Entre el 2010 y el 2012, la enfermedad hipertensiva correspondió a 7,5% del total de causas de muerte y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica a 5,5% de todas las muertes en el 2012.

Las principales causas de hospitalización son las complicaciones derivadas de la diabetes y de la hipertensión.

Los factores de riesgo con mayor carga de enfermedad son los índices altos de masa corporal, la mala alimentación y la hipertensión. En el 2015, los accidentes de tránsito causaron 13 muertes por 100 000 habitantes.

Los principales problemas nutricionales en adultos y ancianos son la obesidad y las enfermedades no transmisibles. Entre el 2003 y el 2010, más de 60% de los adultos de 20 años que se sometieron a tamizaje en clínicas comunitarias tenían sobrepeso u obesidad.

En el 2014, se registró 2,9% de desnutrición entre los menores de 5 años que recibieron atención en los centros de salud. En el 2012, 29,3% de los adultos tenían sobrepeso y el 36,5% eran obesos.

En el 2009, 58,8% de los estudiantes entre 13 y 15 años consumían bebidas carbonatadas una o más veces por día, y 54,4% pasaban tres o más horas al día realizando actividades sentados. De los estudiantes, 31,8% se consideraba físicamente activo (al menos 60 minutos por día, cinco o más días) y 7,3% fumaban cigarrillos uno o más días durante el último mes.

El sistema de salud se financia principalmente con impuestos y recaudaciones públicas para apoyar el plan de beneficios médicos. A su vez, este plan está financiado por un impuesto a la nómina de 7% que constituye una fuente dedicada de ingresos para la atención primaria y secundaria.

El Gobierno ha comenzado los pasos preparatorios para la transición del plan de prestaciones médicas a un programa nacional de seguro de salud. Actualmente aproximadamente 15 000 residentes tienen seguro de salud privado, proporcionado en gran parte a través de sus empleadores.

El sector de la salud representó 2,7% del producto interno bruto en el 2014.

Los servicios de salud se distribuyen entre prestadores públicos y privados. En el nivel primario, Antigua está dividido en seis distritos médicos, con una red de 25 centros públicos de salud y un centro en Barbuda.

Los servicios de salud secundarios y terciarios se prestan en el Centro Médico Mount St. John's, un hospital de 187 camas en Antigua y uno de ocho camas en Barbuda.

Todos los centros de atención primaria tienen acceso a equipos de salud mental móviles, que realizan visitas domiciliarias y prestan cuidados comunitarios.

Aunque hay oferta para formación profesional de medicina, enfermería, obstetricia y farmacia en el país, la mayoría completa su formación médica en el extranjero.

LOGROS, DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS

Desde 1990, el país ha logrado un avance en su desarrollo global y de salud, reflejado por un índice de desarrollo humano de 0,783 en el 2014.

El sistema de salud ha logrado elevadas coberturas de agua, saneamiento y atención calificada del parto.

En el 2016, el Gabinete de Antigua y Barbuda aprobó el plan nacional estratégico de salud 2016-2020. El plan se basa en la visión nacional para avanzar en el logro de una salud y bienestar óptimos para todos los residentes del país.

Las tres metas estratégicas del plan son capacitar a individuos y familias para que manejen su propia salud, fortalecer los sistemas de salud y los mecanismos de apoyo comunitarios, y ampliar las alianzas estratégicas.

En el 2015, el Gabinete aprobó la política nacional para la prevención y el control de enfermedades no transmisibles.

El plan de beneficios médicos incluye actividades de prevención de enfermedades crónicas no transmisibles, especialmente destinadas a los jóvenes.

Las actividades de prevención se centran en la obesidad, la dieta, el ejercicio y la reducción del consumo de tabaco y del uso nocivo del alcohol. Estas prestaciones son gratuitas para 11 enfermedades.

Para abordar la vulnerabilidad causada por catástrofes naturales, se implementaron medidas como el desarrollo del perfil de riesgo y el plan de acción y educación pública sobre el cambio climático.

Los cambios en la biodiversidad contribuyen al aumento de vectores de enfermedades, como el mosquito *Aedes aegypti*.

PUNTOS ADICIONALES

El Ministerio de Salud ha revisado las actividades de desarrollo del plan estratégico nacional de salud y revisará la función de dirección y liderazgo del Ministerio de Salud.

Está previsto redactar y promulgar una nueva legislación que incluya la ley de inocuidad de los alimentos y la revisión de la ley de salud pública y cuarentena.

Habrá un proceso de transición para cambiar el plan de beneficios médicos por un programa nacional de seguro de salud, con el fin de apoyar mejor al sistema de salud.

El plan de beneficios médicos proporciona una tarjeta inteligente a los pacientes que reúnen los requisitos para recibir atención de salud especializada.

Se han iniciado actividades para el desarrollo de políticas y manuales para guiar los programas de salud familiar y, en última instancia, mejorar la salud de la población.

Se han evaluado aspectos seleccionados de las actividades de promoción de la salud relacionadas con el VIH/sida, con el fin de apoyar su integración en la atención primaria de salud.

Se han iniciado actividades para la introducción de la vacuna contra el virus del papiloma humano para adolescentes, lo que servirá para revitalizar el programa de prevención del cáncer cervicouterino.

En el 2012 se lanzó la política nacional de seguridad alimentaria para asegurar que todos los ciudadanos alcancen un estado de bienestar nutricional. Es probable que el cambio climático tenga el riesgo de un impacto negativo sobre una serie de aspectos que incluyen la agricultura y la seguridad alimentaria, la energía y el turismo, la calidad y disponibilidad del agua, la salud humana, la biodiversidad marina y terrestre y la pesca.



ARGENTINA

INDICADORES BÁSICOS SELECCIONADOS

1990-2015

	Valor 1990	Valor y año	Variación (%)
Ingreso nacional bruto, paridad de poder adquisitivo (PPA, US$ per cápita)	...	22 049 (2014)	...
Índice de desarrollo humano	0,705	0,836 (2013)	18,5
Promedio de años de escolaridad	7,9	9,8 (2014)	23,9
Población que usa instalaciones de agua potable mejoradas (%)	94,0	99,0 (2015)	5,3
Población que usa instalaciones de saneamiento mejoradas (%)	87,0	96,0 (2015)	10,3
Esperanza de vida al nacer (años)	71,6	76,6 (2013)	7,0
Mortalidad infantil (por 1 000 nacidos vivos)	24,4	10,6 (2013)	-56,6
Mortalidad materna (por 100 000 nacidos vivos)	...	37,3 (2013)	...
Incidencia de tuberculosis (por 100 000 habitantes)	59,0	21,4 (2013)	-63,7
Mortalidad por tuberculosis (por 100 000 habitantes)	4,2	1,4 (2013)	-66,7
Cobertura de inmunización contra el sarampión (%)	93,0	89,0 (2015)	-4,3
Cobertura de atención del parto por personal cualificado (%)	...	99,6 (2015)	...



Población en 1990 (millones)	32,7
Población en el 2014 (millones)	42,7
Variación (%)	30,5



Argentina está situada en el extremo sureste de América del Sur. Limita con Bolivia y Paraguay, Brasil, Uruguay, Chile y el océano Atlántico. Tiene una superficie de 3 761 274 km². Su forma de gobierno es representativa, republicana y federal, con la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y 23 provincias que conforman una federación, distribuidas en cinco regiones geográficas.

Entre 1990 y el 2014, la población creció alrededor de 30,5% alcanzando cerca de 42,7 millones de habitantes en el 2014. La estructura de su población ha envejecido y adquirido una tendencia estacionaria.

La esperanza de vida al nacer en el 2015 era de 76,6 años (80,4 en mujeres y 72,8 en hombres).

El 91% de la población vive en zonas urbanas y 2,4% de la población es indígena, con 31 pueblos indígenas distribuidos en el país.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

En el 2014, el promedio de años de escolaridad alcanzó los 9,8 años; en el 2015, la tasa de alfabetización en el grupo de 15 a 24 años de edad era 99,3% (99,5 en las mujeres y en los 99,1 hombres).

En el 2016, la cobertura de instalaciones de agua potable de la red pública era de 84,4%, mientras que el acceso a cloacas era de 58,4%.

El 75,7% de la población es no migrante, proporción que se mantuvo similar en los últimos tres censos. Los inmigrantes provienen principalmente de países limítrofes y del Perú eran cerca de 3,5% y 0,9% de otros países.

En el 2015, la mortalidad materna fue de 3,9 muertes por cada 10 000 nacidos vivos, con un rango que osciló entre 8,1 (Salta) y 1,9 (Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Santa Fe y La Pampa), lo que revela profundas desigualdades entre las distintas provincias, aunque las causas de muerte no varían.

La enfermedad de Chagas se considera un problema muy relacionado con la pobreza y una prioridad por resolver.

En los últimos años se ha incrementado gradualmente el financiamiento privado en la actividad científica, aunque el sector público continúa siendo todavía el más importante.

Por su situación geográfica y estructura productiva, Argentina es uno de los países más afectados por el calentamiento global. En los últimos 50 años el aumento promedio de las temperaturas en el país alcanzó medio grado, con el caso particular de la Patagonia, donde superó un grado. De continuar la tendencia actual, las previsiones para la década del 2080 estiman posibles incrementos de hasta 4 °C en el norte del país y 2 °C en el sur, lo que traería aparejado mayores niveles de estrés hídrico, sequías e incrementos en los procesos de desertificación.

SITUACIÓN DE LA SALUD Y DEL SISTEMA DE SALUD

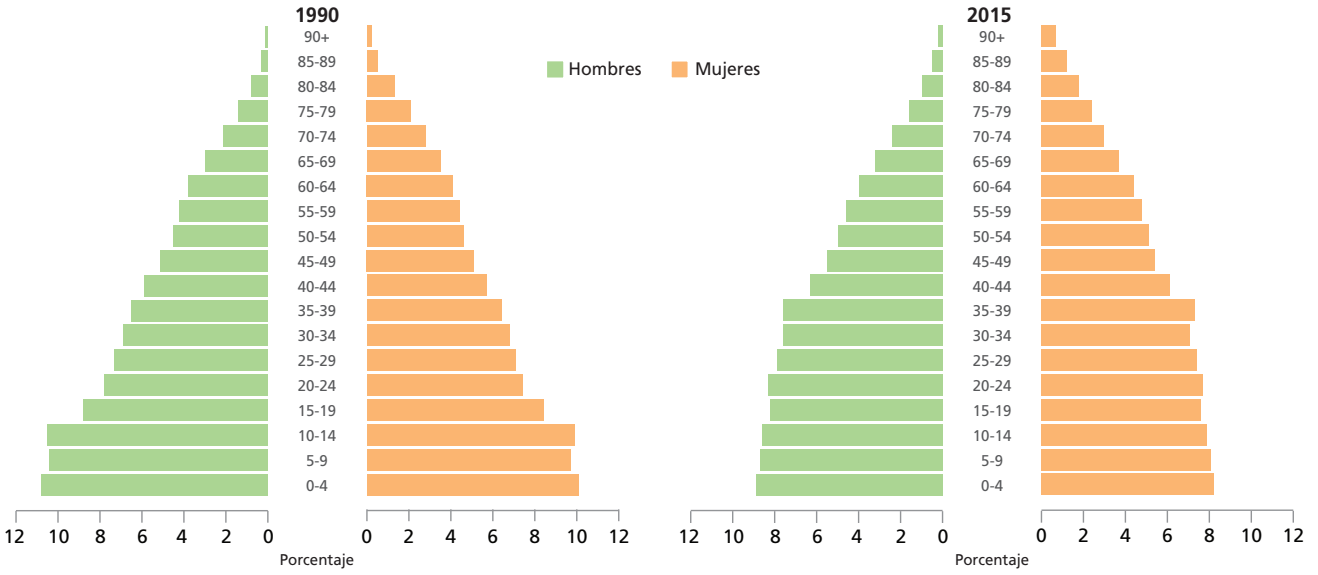
En el 2015, la mortalidad materna fue de 3,9 muertes por cada 10 000 nacidos vivos. Las principales causas de muerte fueron la hemorragia, la hipertensión, las infecciones y el aborto. El nivel de mortalidad materna registraba amplias desigualdades entre las provincias. Las causas obstétricas directas fueron responsables de más de 50% de las muertes maternas en el período 2010-2014.

La tasa de mortalidad infantil muestra una tendencia decreciente en el período 2010-2014, de 12,0 a 10,6 por 1 000 nacidos vivos, respectivamente.

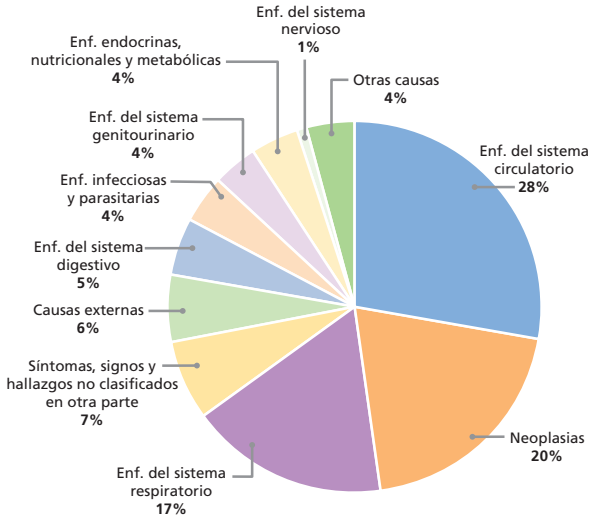
En el año 2014 se registraron 325 539 defunciones, con una tasa de mortalidad general de 7,6 por cada 1 000 habitantes. A nivel geográfico varía entre la ciudad de Buenos Aires y de Tierra del Fuego, con 10,7 y 3,7 defunciones por 1 000 habitantes, respectivamente. En el 2014, las enfermedades del sistema circulatorio causaron 28% de muertes, y las neoplasias, 20%, de modo que entre ambas abarcan casi la mitad de todas las muertes. Entre el 2010 y el 2014, la mortalidad por enfermedades cardiovasculares descendió en 13%, y las neoplasias, 2,5%. La mortalidad por enfermedades infecciosas y por causas externas aumentó en 5,5% y 3,4%, respectivamente.

En el 2013, la incidencia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) fue de 13,5 casos por 100 000 habitantes y la mortalidad por VIH/sida, de 3,4 por cada 100 000 habitantes.

Estructura de la población según edad y sexo, Argentina, 1990 y 2015



Mortalidad proporcional (% defunciones totales, todas las edades, ambos sexos), 2014



En el 2015, la tasa estimada de infección por tuberculosis fue de 22,6 casos por 100 000 habitantes y la tasa de mortalidad, de 1,6 por cada 100 000 habitantes en el 2014.

El dengue se caracteriza por la aparición de brotes esporádicos importantes, como los ocurridos en el 2009 y el 2013. En el 2016, se registraron los primeros casos autóctonos de chikunguña, limitados a las provincias de Salta y Jujuy. También se registró la transmisión autóctona vectorial del virus del Zika, y por transmisión sexual.

El enfrentamiento de la enfermedad de Chagas se ha catalogado como una prioridad, procurando la interrupción vectorial y la transmisión congénita. En el 2014, la seroprevalencia de la infección por *Trypanosoma cruzi* fue de 2,5% en las embarazadas y 5,7% en las niñas y los niños por transmisión congénita.

El paludismo se considera una problemática controlada, por la ausencia de casos autóctonos desde el 2010. La leishmaniasis visceral es un fenómeno nuevo en la región noreste del país, con 11 casos registrados en el período 2010-2015.

En el 2013, la prevalencia de diabetes mellitus en la población de 18 años y más fue 9,8%, y alcanza 20,3% en el grupo de 65 años y más.

La poliomielitis, el sarampión, la rubéola y el síndrome de la rubéola congénita se consideran eliminados en el país. La incorporación de la vacuna al calendario nacional de vacunación desde 1997 ha modificado la situación epidemiológica de *Haemophilus influenzae* tipo b, y se mantiene una tasa nacional sostenida menor de 0,1 casos por cada 100 000 habitantes. En el 2015 se registraron 975 casos confirmados de coqueluche, 77,7% de ellos en niños menores de 1 año. Desde el 2015 se ha establecido la obligatoriedad y la universalidad de la vacunación contra la varicela para todos los niños de 15 meses de edad, con el esquema de una única dosis; además se incorporó la vacuna contra el rotavirus.

El último caso de rabia se registró en el 2008. La incidencia por equinococosis en el período 2010-2014 fue de un promedio anual de 1,5 casos por cada 100 000 habitantes.

El sistema de salud está en línea con la organización federal. Lo integran tres sectores: público, seguro social y privado. En cada provincia se administran con autonomía las funciones de rectoría, financiamiento y prestación de los servicios de salud. Su estructura se encuentra fragmentada y segmentada.

El sector público está conformado por los ministerios nacional y provinciales, y la red de hospitales y centros de salud públicos. Todos ellos prestan atención gratuita a quien lo demande, fundamentalmente a las personas en los quintiles de ingresos más bajos, sin seguridad social y sin capacidad de pago. Su financiamiento se acerca a 2,2% del producto interno bruto (PIB).

El sector del seguro social obligatorio está organizado en torno a las obras sociales, nacionales y provinciales. Las obras sociales nacionales son más de 200, e implican un gasto de 1,59% del PIB, y las 23 obras sociales provinciales cubren a los empleados públicos de su jurisdicción, abarcando 0,74% del PIB. El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados cubre a las personas jubiladas del sistema nacional de previsión y a sus familias. Su cobertura ha alcanzado a 20% de la población, con un gasto que llega a 0,75% del PIB.

El sector privado está conformado por profesionales de la salud y establecimientos que atienden a demandantes individuales, además de los beneficiarios de las obras sociales y de los seguros privados.

El país dispone de 3,6 médicos y 3,2 camas hospitalarias por 1 000 habitantes. En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se cuenta con 10,2 médicos y 7,3 camas por 1 000 habitantes. En el otro extremo se encuentra la provincia de Misiones, con solo 1,2 y 1,1, respectivamente.

La Superintendencia de Servicios de Salud regula las obras sociales nacionales. El papel de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica en materia regulatoria es relevante.

La Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud, tiene la responsabilidad de coordinar y normativizar la recolección de información estadística específica de los programas de salud, y participa desde el año 1996 en la iniciativa de la OPS sobre indicadores básicos de la salud.

LOGROS, DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS

En el 2014, el gasto en servicios de salud representaba 8,5% del PIB. Si bien toda la población tiene acceso a los servicios del sector público, los logros alcanzados en salud parecen insuficientes comparados con los recursos asignados, puesto que se identifican inequidades en su distribución.

El país presenta una fragmentación en tres niveles: i) de cobertura, dado que no toda la población tiene acceso a prestaciones y beneficios de salud similares; ii) regulatoria, puesto que las capacidades de rectoría y regulación están repartidas en las 24 jurisdicciones y los diversos subsectores; y iii) territorial, debido a las marcadas diferencias de desarrollo económico entre las diversas regiones de la nación. La fragmentación del sistema limita la equidad en el acceso a los servicios, la regulación y el control de los distintos niveles y sectores y una mayor equidad territorial. La fragmentación tiene una relación importante con la autonomía de las provincias y plantea el desafío de buscar su integración funcional.

Se han definido una serie de prioridades para procurar la cobertura universal en salud, el desarrollo de una agencia de evaluación de tecnologías sanitarias y un sistema de acreditación de la calidad. Para implementar estas propuestas se requerirá, más que recursos financieros, la capacidad de alcanzar acuerdos entre los diversos actores que permitan materializar el acceso equitativo a similares servicios en términos de protección financiera, oportunidad y calidad, independientemente de la condición laboral, residencia, nivel de ingresos o cualquier otro condicionante.

Existe una situación dual de coexistencia de enfermedades infectocontagiosas junto a un incremento sostenido de las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo. El sobrepeso y la obesidad se consideran un desafío para el desarrollo e implementación de políticas públicas como la regulación de la publicidad de alimentos, políticas fiscales y el etiquetado frontal, entre otras.

Como desafío importante, aún es necesario generar estrategias para enfrentar el VIH/sida y la tuberculosis.

La interrupción de la transmisión vectorial de la enfermedad de Chagas ya fue lograda en ocho de las 19 provincias endémicas: Entre Ríos, Jujuy, La Pampa, Misiones, Neuquén, Río Negro, San Luis y Santa Fe.

Es necesario establecer una agenda de desarrollo humano para superar los condicionantes asociados a la pobreza y lograr mejores resultados en la implementación de los programas de salud pública.

El proyecto Hacia la Salud Universal de la Población del Chaco Suramericano 2016-2019, coparticipado por Argentina, Bolivia, Brasil y Paraguay, es una iniciativa destacable en este sentido.

Para hacer posibles una mejor prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles es necesario mejorar los programas preventivos existentes que se centran en el control de los factores de riesgo. También se requiere actualizar el conjunto de beneficios en salud (Programa Médico Obligatorio), de acuerdo con la evidencia de impacto y efectividad.

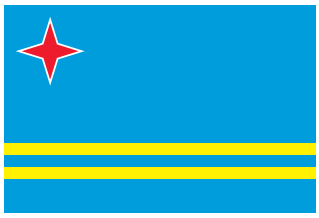
PUNTOS ADICIONALES

El país cuenta con una rica historia de políticas sociales, grandes capacidades y talentos humanos; instituciones sólidas y un nivel de gasto en salud superior a la media de la Región.

A pesar de sus importantes fortalezas, el país tiene obstáculos que superar. Argentina tiene un sistema de salud quizás de los más segmentados y fragmentados de las Américas. Esta situación exige esfuerzos enormes para la gobernanza del sector, y para un ejercicio de la rectoría que alinee a actores muy diversos para trabajar en objetivos sanitarios comunes.

El actual Gobierno ha centrado sus objetivos en el avance hacia la cobertura universal, en términos de acceso efectivo a servicios de calidad sin distinción de la condición laboral ni de ninguna otra. El Programa Médico Obligatorio es una estrategia de organización de los servicios sanitarios que ha sido de gran utilidad, a pesar del impacto de las crisis económicas que ha vivido el país, y la necesidad de actualizarlo.

Entre los programas incluidos se encuentra el Plan Materno-infantil, el Plan de Atención del Recién Nacido, los programas de prevención de algunos tipos de cáncer, programas odontológicos y el Programa de Salud Sexual, entre otros. En el Programa Médico Obligatorio se incluyen las consultas médicas, las actividades de diagnóstico, la rehabilitación, la hemodiálisis, los cuidados paliativos, las prótesis y las órtesis, las hospitalizaciones, la atención a la salud mental, los traslados, los medicamentos (con importantes coberturas) y las prestaciones de alto costo, entre otras. Estos servicios también han sido incorporados por los prestadores de salud privados con un efecto sobre el sistema que tiende a garantizar niveles básicos de acceso a servicios y prestaciones. Este es un elemento que introduce la equidad, la universalidad y la solidaridad para los beneficiarios del sistema de salud.



ARUBA

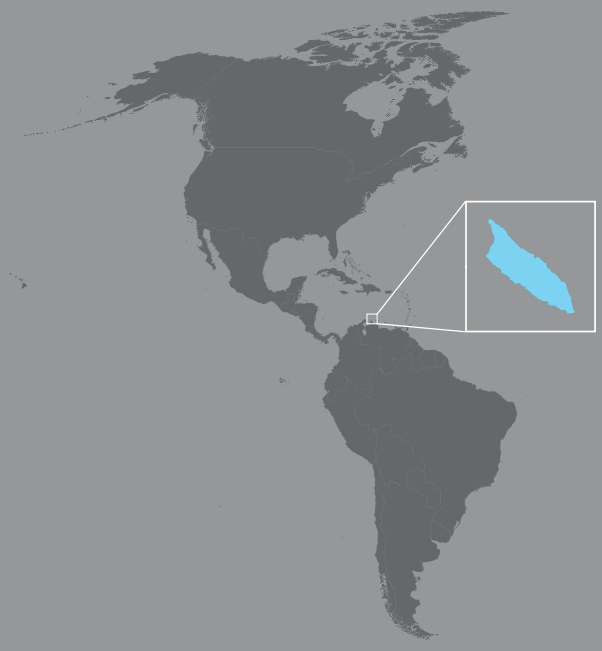
INDICADORES BÁSICOS SELECCIONADOS

1990-2015

	Valor 1990	Valor y año	Variación (%)
Ingreso nacional bruto, paridad de poder adquisitivo (PPA, US $ per cápita)	...	...	...
Índice de desarrollo humano	...	...	...
Promedio de años de escolaridad	...	...	...
Población que usa instalaciones de agua potable mejoradas (%)	91,0	98,0 (2015)	7,7
Población que usa instalaciones de saneamiento mejoradas (%)	99,0	98,0 (2015)	-1,0
Esperanza de vida al nacer (años)	...	76,8 (2013)	...
Mortalidad infantil (por 1 000 nacidos vivos)	...	1,8 (2013)	...
Mortalidad materna (por 100 000 nacidos vivos)	...	...	...
Incidencia de tuberculosis (por 100 000 habitantes)	15,0	1,8 (2013)	-88,0
Mortalidad por tuberculosis (por 100 000 habitantes)	1,2	0,5 (2013)	-58,3
Cobertura de inmunización contra el sarampión (%)	...	92,0 (2015)	...
Cobertura de atención del parto por personal cualificado (%)	...	...	...



Población en 1990 (miles)	62,1
Población en el 2014 (miles)	108,4
Variación (%)	74,6



Aruba es un país autónomo del Reino de los Países Bajos, una isla que ocupa una superficie de 180 km^2 en el mar Caribe, a unos 25 km de la costa de Venezuela. Formó parte de las Antillas Holandesas hasta 1986, cuando se convirtió en país autónomo dentro del Reino de los Países Bajos. La isla es autónoma en su administración de políticas públicas, pero en los temas de defensa, relaciones exteriores y administración de la justicia depende del Reino de los Países Bajos.

En el 2014 contaba con una población de 108 374 habitantes. Entre 1990 y el 2014, el tamaño de la población aumentó en 74,6%. En 1990, su estructura estaba comenzando a ser estacionaria por debajo de los 30 años de edad. En la actualidad ha adoptado una tendencia regresiva y muestra mayor amplitud en los grupos en edad laboral. Dicha configuración está influida por la inmigración, que está particularmente concentrada en las edades laborales.

En el 2011, la esperanza de vida al nacer era de 76,9 años (73,9 en hombres y 79,8 en mujeres).

La actividad económica está liderada por el sector turístico. En el 2015, el país recibió 1,8 millones de turistas (66% pernoctaron y el resto procedían de cruceros).

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

La educación primaria y secundaria es gratuita. El país cuenta con un programa de pensiones que garantiza ingresos a los adultos mayores en correspondencia con el tiempo de residencia.

La alfabetización en los adultos alcanza 99,4%. La tasa de matrículas en la enseñanza primaria fue de 99% y la tasa de finalización, de 94,8%. Siete de cada diez adolescentes asisten al nivel secundario.

El agua potable se obtiene por desalinización del agua de mar mediante una planta procesadora. El agua distribuida por la red es segura para el consumo y la cobertura de abastecimiento y saneamiento alcanza 100%. El sistema de alcantarillado es adecuado y todos los hogares tienen su propia fosa séptica.

El nivel de vida de los residentes es alto y todos ellos, incluidos los inmigrantes documentados, participan de la seguridad social y tienen cobertura del seguro de salud.

El Plan de Seguridad Nacional de Aruba 2008-2012 definió el tráfico y el comercio internacional de drogas y sus efectos como la cuarta de seis graves amenazas que afectan la seguridad nacional, y convocó a los sectores y actores implicados en su erradicación.

SITUACIÓN DE LA SALUD Y DEL SISTEMA DE SALUD

La cobertura de atención prenatal alcanza 99% y la de partos institucionales, 96%.

Los anticonceptivos orales son el método más usado para el control del embarazo (42,4%), seguidos de los preservativos (42,3%), los anticonceptivos inyectables (12,7%) y los dispositivos intrauterinos (2,5%). Entre el 2006 y el 2013, el porcentaje de niños nacidos vivos hijos de madres menores de 20 años osciló entre 11% y 13,5% del total.

No se reportaron defunciones maternas entre el 2006 y el 2010. Entre el 2011 y el 2013 se registró una muerte cada año.

En el 2013 hubo nueve defunciones en menores de un año Cinco de las nueve muertes ocurrieron en periodo perinatal.

En el primer año de vida, 98% de los niños están vacunados contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (DPT3), la poliomielitis (Polio-3) y la parotiditis, el sarampión, y la rubéola (SPR).

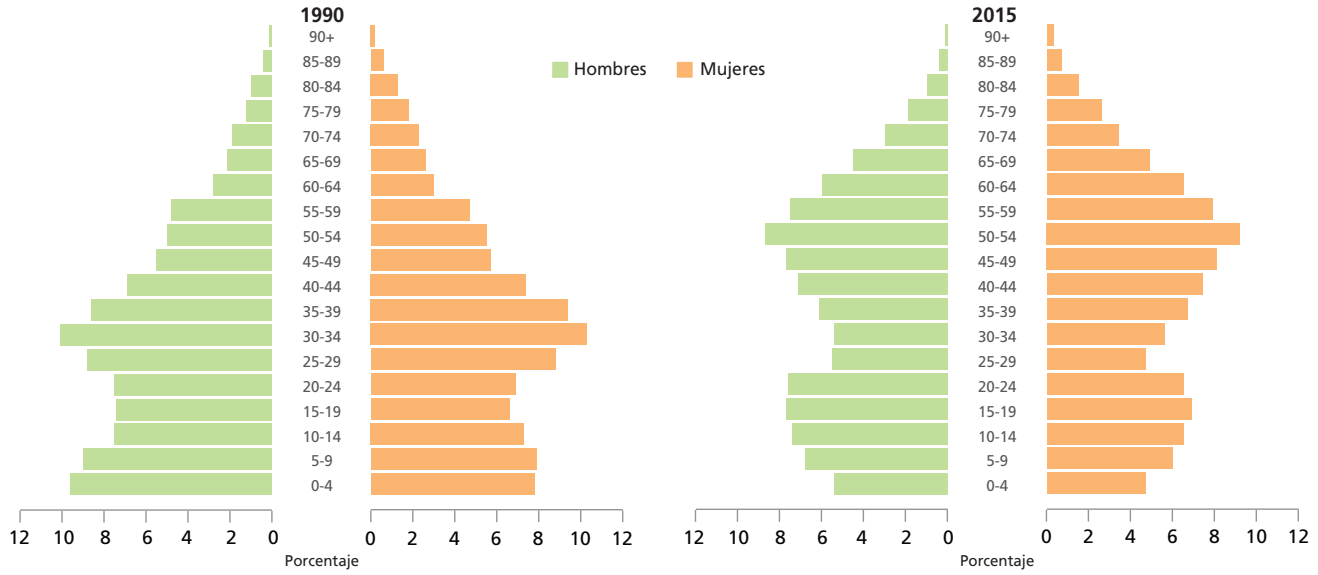
No se han notificado casos de parálisis flácida aguda, tétanos, difteria, rubéola ni rubéola congénita entre el 2008 y el 2012. Del 2010 al 2012 se registró un caso de tos ferina por año. En el 2011 se reportó un caso de parotiditis y otro de sarampión (en un niño menor de un año) y 16 casos de hepatitis viral inespecífica. En el 2011 hubo dos casos de hepatitis A, y en el 2012 se reportaron 13 casos, dos en el 2013 y nueve en el 2014.

La mortalidad general fue de 5,7 por 1 000 habitantes en el 2012, y entre las causas destacan las enfermedades del sistema circulatorio (32% en hombres y 29% en mujeres) y las neoplasias (22% en hombres y 27% en mujeres).

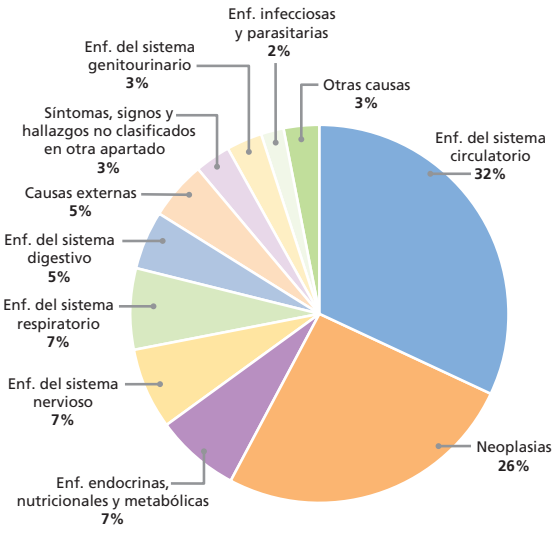
En el 2014, las enfermedades del sistema circulatorio representaron 32% de las muertes y las neoplasias, 26%. Ambos grupos de causas son responsables de casi 60% de las muertes totales.

En el 2010, las neoplasias malignas, con una tasa de mortalidad de 104,3 por 100 000 habitantes (129,4 en hombres y 90,0 en mujeres) fueron la primera causa de

Estructura de la población según edad y sexo, Aruba, 1990 y 2015



Mortalidad proporcional (% defunciones totales, todas las edades, ambos sexos), 2014



muerte. Del 2000 al 2009, las principales en los hombres fueron los tumores malignos de la tráquea, de los bronquios y del pulmón (70,2%), mientras que 97,8% de las defunciones por neoplasias en las mujeres fueron por cáncer de mama.

La tasa de mortalidad por cardiopatía isquémica, fue de 35,9 por 100 000 habitantes (66,9 en hombres y 15,7 en mujeres).

El dengue es una de las enfermedades prioritarias en Aruba. En el 2011 se notificaron 2 850 casos. Durante el período del 2006 al 2013 han circulado los cuatro subtipos de virus de dengue en patrón de brotes anuales (3 502 casos en el 2006, 3 210 en el 2009, y 2 850 en el 2011). En el 2014 se reportaron solo 833 casos, y el grupo de población más afectado fue el de 25 a 64 años.

En el 2016, hasta la semana epidemiológica 47 se habían notificado 8 casos de virus de chikunguña confirmados por laboratorio, 929 por nexo epidemiológico y 859 casos clínicos. Respecto al virus del Zika, hasta esa misma fecha, se habían notificado 28 casos confirmados por laboratorio, 652 por nexo epidemiológico y 624 casos clínicos.

Entre el 2008 y el 2014 se reportaron seis casos importados de malaria. No se notificaron casos de cólera en ese mismo período.

El promedio de la tasa de incidencia de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) desde 1984 hasta el 2014 ha sido de 26 casos nuevos por año, con cifras anuales que fluctúan entre 12 y 28 casos. En el 2010, la prevalencia de la infección por VIH era de 0,4%, con 435 personas infectadas.

Entre el 2000 y el 2014, se registraron 298 resultados positivos para el VIH (74 mujeres y 224 hombres). La forma más frecuente de transmisión fue el contacto heterosexual (59%). En el 2011, hubo un caso de transmisión vertical.

En el período del 2008 al 2014, se notificaron 56 casos de tuberculosis pulmonar.

En cuanto a la hepatitis B, entre el 2003 y el 2011 hubo un promedio anual de 35 nuevos casos, el grupo más afectado fue el sexo masculino en el grupo de edad de 25 a 44 de edad. La mayoría de esos casos fueron importados. En el 2014 se registraron 12 casos de hepatitis B y dos casos de hepatitis C.

En el período del 2005 al 2012, las enfermedades no transmisibles representaron la principal causa de morbimortalidad.

En el 2006, 8,3% de la población de entre 25 y 64 años de edad tenía diabetes (9,2% de las mujeres y 7% de los hombres). La prevalencia de hipertensión fue de 19,8% en los hombres y de 12,2% en las mujeres del grupo de 25 a 64 años de edad.

De las personas de entre 25 y 64 años, 16,2% eran fumadoras.

Entre enero y agosto del 2013, 1 600 personas mayores de 18 años tenían sobrepeso (prevalencia de 38,9%). Dentro de este grupo, la prevalencia de obesidad fue de 38,2%.

El sobrepeso notificado para la población preescolar fue de 11% en el período 2008-2009, porcentaje que se mantuvo para los escolares en el período 2011-2012. La obesidad osciló entre 10% y 11% en esa población durante todo el período del estudio.

El Ministerio de Salud y Deporte coordina las políticas encaminadas a detener la dependencia mental, social y física asociada con el consumo de drogas.

La Fundación Antidroga de Aruba (FADA) es la organización no gubernamental más activa en la prevención del consumo de sustancias ilegales. La entidad organiza campañas de sensibilización, conferencias y programas para jóvenes, padres y trabajadores. Existe también la Fundación para el Manejo de la Adicción de Aruba (FMAA), dedicada al tratamiento de la adicción y a la rehabilitación.

La Ley de Salud Pública de Aruba, vigente desde 1989, mandata al Departamento de Salud Pública para vigilar, controlar e inspeccionar la atención de salud.

La partida dedicada a salud es la primera del gasto estatal, seguida de protección social y educación. En el 2010 se le destinó un presupuesto de 11,3% del producto interno bruto.

El financiamiento de la partida dedicada a salud proviene de la contribución fiscal y de las primas pagadas por empleadores y empleados al Seguro General de Salud. A partir de diciembre

del 2014 se estableció una Ley de Impuesto de Salud, con 1% aplicado sobre el consumo de bienes y servicios, porcentaje destinado a reducir el aporte estatal al seguro médico general.

El sistema de seguro de salud proporciona cobertura universal a través de una red de prestación de servicios organizada en los tres niveles de atención. Los médicos de familia constituyen el primer nivel de atención, bajo un modelo orientado al diagnóstico, el monitoreo y el control del paciente.

El Hospital General Dr. Horacio Oduber es el servicio nacional de referencia. Cuenta con 288 camas hospitalarias y un índice ocupacional de 79%. El promedio de estancia hospitalaria es de 6,9 días con 12,0 ingresos por 1 000 habitantes.

El hospital cuenta con el Instituto Médico San Nicolás (ImSan), como centro nacional integral autónomo para la atención ambulatoria que trata principalmente las enfermedades crónicas no transmisibles.

La población adulta mayor puede ser institucionalizada en tres hogares geriátricos, que en total cuentan con 250 camas. La mayoría de los admitidos también reciben atención de salud.

En el 2013, Aruba contaba con 43 médicos generales y 78 especialistas (1,82 médicos por 1 000 habitantes y 0,33 dentistas por 1 000 habitantes). Estos profesionales son contratados por el Seguro General de Salud, incluidos los médicos del primer nivel de atención, los especialistas, la mayoría de los dentistas, los fisioterapeutas y las parteras para la prestación de servicios.

Aruba no dispone de una escuela de medicina nacional y los profesionales de la salud se forman principalmente en el extranjero. El país está expuesto a la migración profesional, sobre todo porque los profesionales que estudian y se gradúan en el exterior tienden a permanecer en el extranjero, donde disponen de más opciones profesionales y mejores salarios.

LOGROS, DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS

Desde el 2011 ha aumentado la participación de la cuota del seguro médico en el presupuesto y en diciembre del 2014 se promulgó la Ley de Impuesto de Salud que grava con 1% el consumo de bienes y servicios, lo que ayuda a reducir la contribución del Gobierno al seguro médico general.

El sistema de seguro de salud proporciona cobertura universal en una red de prestación de servicios organizada en los tres niveles de atención, aunque con predominio de los servicios curativos sobre los preventivos.

El número de embarazos en la población adolescente ha descendido progresivamente en los últimos años, por lo que sería preciso analizar y compartir estos datos de manera amplia.

A pesar de que las cifras económicas y sociales reflejan cierta estabilidad en el país, la concentración de la población a edades mayores, el predominio de las enfermedades no transmisibles y factores de riesgo como la obesidad y el consumo de drogas y alcohol en la población joven marcan la ruta que hay que seguir en la lucha contra los principales problemas de salud y los desafíos para su intervención.

Hay que destacar los esfuerzos para disminuir la obesidad infantil a través de la promoción del deporte, pero estos deben ser sostenidos y llegar a toda la población, incluyendo a las personas de mayor edad. La prevención de los riesgos del consumo de drogas que impactan en la salud de adolescentes y jóvenes requiere de acciones integrales e intersectoriales enfocadas en los estilos de vida y otros determinantes sociales.

Se requieren mayores infraestructuras de salud pública y la formación de recursos humanos en salud para apoyar más efectivamente la promoción y atención de la salud, en el marco de la salud universal.

PUNTOS ADICIONALES

Aruba cuenta con políticas y planes que tienen como objetivo lograr avances sociales y en salud, y que consideran aspectos de promoción y prevención en la comunidad, incluyendo otros sectores, además del sanitario.

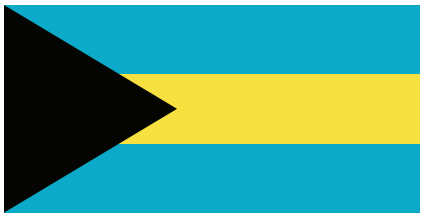
El Plan Nacional de Aruba 2009-2018 tiene como objetivos combatir el sobrepeso, la obesidad y otros aspectos relacionados con la salud.

El Plan Estratégico Nacional para el Deporte y la Actividad Física 2010-2013 se constituyó en marco de referencia para las principales actividades deportivas en el país. Dicho plan ha intentado llevar la actividad física a toda la población, para contribuir a un estilo de vida equilibrado y saludable, además de promover el deporte a niveles competitivos.

La educación escolar es completa en mujeres e incluso hay mayor presencia femenina en las instituciones educativas superiores. Así, la educación femenina se vuelve un factor determinante en la salud y el desarrollo de las mujeres y constituye un aporte significativo al país.

El Plan de Seguridad Nacional de Aruba 2008-2012 aborda las principales amenazas de seguridad que enfrenta el país. Entre sus objetivos incluye la prevención y el control del tráfico y el comercio internacional de drogas y sus efectos sobre la población. Para ello, convoca a una acción intersectorial.

El Ministerio de Salud y Deporte coordina las políticas relacionadas con la prevención y el control de la dependencia mental, social y física que se asocia al consumo de drogas.



BAHAMAS

INDICADORES BÁSICOS SELECCIONADOS

1990-2015

	Valor 1990	Valor y año	Variación (%)
Ingreso nacional bruto, paridad de poder adquisitivo (PPA, US$ per cápita)	...	22 290 (2014)	...
Índice de desarrollo humano	...	0,790 (2013)	...
Promedio de años de escolaridad	...	12,0 (2014)	...
Población que usa instalaciones de agua potable mejoradas (%)	96,0	98,0 (2015)	2,1
Población que usa instalaciones de saneamiento mejoradas (%)	88,0	92,0 (2015)	4,5
Esperanza de vida al nacer (años)	70,7	75,7 (2013)	7,1
Mortalidad infantil (por 1 000 nacidos vivos)	19,6	19,4 (2013)	-1,0
Mortalidad materna (por 100 000 nacidos vivos)	...	67,6 (2013)	...
Incidencia de tuberculosis (por 100 000 habitantes)	21,0	13,1 (2013)	-37,8
Mortalidad por tuberculosis (por 100 000 habitantes)	6,7	0,5 (2013)	-92,5
Cobertura de inmunización contra el sarampión (%)	86,0	94,0 (2015)	9,3
Cobertura de atención del parto por personal cualificado (%)	...	99,6 (2015)	...



Población en 1990 (miles)	**256,3**
Población en el 2015 (miles)	**369,7**
Variación (%)	**44,2**



Las Bahamas es un país conformado por un archipiélago de 700 islas y 2 400 cayos ubicado en el mar Caribe, frente a la costa de la Florida. Tiene una superficie total de 13 900 km^2.

Una treintena de islas estaban habitadas por 369 670 habitantes en el 2015. El 90% de la población vive en a isla Nueva Providencia (fundamentalmente en la capital, Nassau), donde se encuentra la sede del Gobierno, así como en las islas Gran Bahama y Ábaco.

Entre 1990 y el 2015 la población aumentó en 44,2%. En 1990, su estructura tenía una tendencia estacionaria en las edades menores de 40 años. En la actualidad ha adoptado una tendencia regresiva, con envejecimiento de la población. El 9% de la población es mayor de 65 años.

En el 2013, la esperanza de vida al nacer era de 75,7 años.

Los ingresos anuales per cápita también son relativamente altos (US$ 21 570), al igual que el producto interno bruto per cápita (US$ 25 100), generado principalmente mediante el turismo (60%) y, en menor grado, por medio de los servicios financieros (15%).

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

En el 2015, la tasa de desempleo fue de 12%. En el 2013, 12,6% de los residentes vivía bajo el umbral de la pobreza, de US$ 4 247 por persona y año.

Los grupos de jóvenes e inmigrantes haitianos son los de mayor vulnerabilidad. Estos últimos presentan condiciones de vivienda y saneamiento precarias. La escolaridad promedio en el 2014 era de 12,0 años.

Las islas tienen arroyos y cuerpos de agua salobre y no hay ríos de agua dulce, por lo que el agua fresca para el consumo humano se obtiene principalmente de pozos perforados en acuíferos o por desalinización.

La cobertura de población que usa instalaciones de agua potable mejoradas ha progresado desde 1990 al 2015, de 96% a 98%. La cobertura del uso de instalaciones de saneamiento mejoradas ha aumentado de 88% en 1990 a 92% en el 2015.

Debido a su situación en el mar Caribe, el país está expuesto a tormentas tropicales y huracanes que suelen generar importantes daños en las infraestructuras.

El uso de árboles nativos como combustible, en especial en los barrios pobres, produce contaminación y representa una amenaza de desforestación. El problema se ha abordado mediante la promulgación de leyes específicas.

Más de 90% de los alimentos son importados. Esto da lugar a una situación de dependencia de los precios internacionales y del transporte. El sector agrícola aporta menos del 2% del producto interno bruto.

Existen programas gubernamentales para mejorar la calidad de las oportunidades de enseñanza y aprendizaje para los jóvenes. El objetivo es mejorar sus posibilidades de conseguir un empleo. Hay también programas para mejorar las transferencias monetarias de tipo subsidiario, dirigidos a grupos de población afectados por la pobreza, en especial niños y mujeres embarazadas.

SITUACIÓN DE LA SALUD Y DEL SISTEMA DE SALUD

Dado el relativo bajo volumen de embarazos (5 900 nacidos vivos en el 2015), hay pocas muertes maternas. Entre el 2008 y el 2013 se registraron 3,5 defunciones maternas anuales en promedio, e incluso algunos años no se registraron muertes. En el 2015, la razón de mortalidad materna reportada fue de 67,6 muertes por 100 000 nacidos vivos.

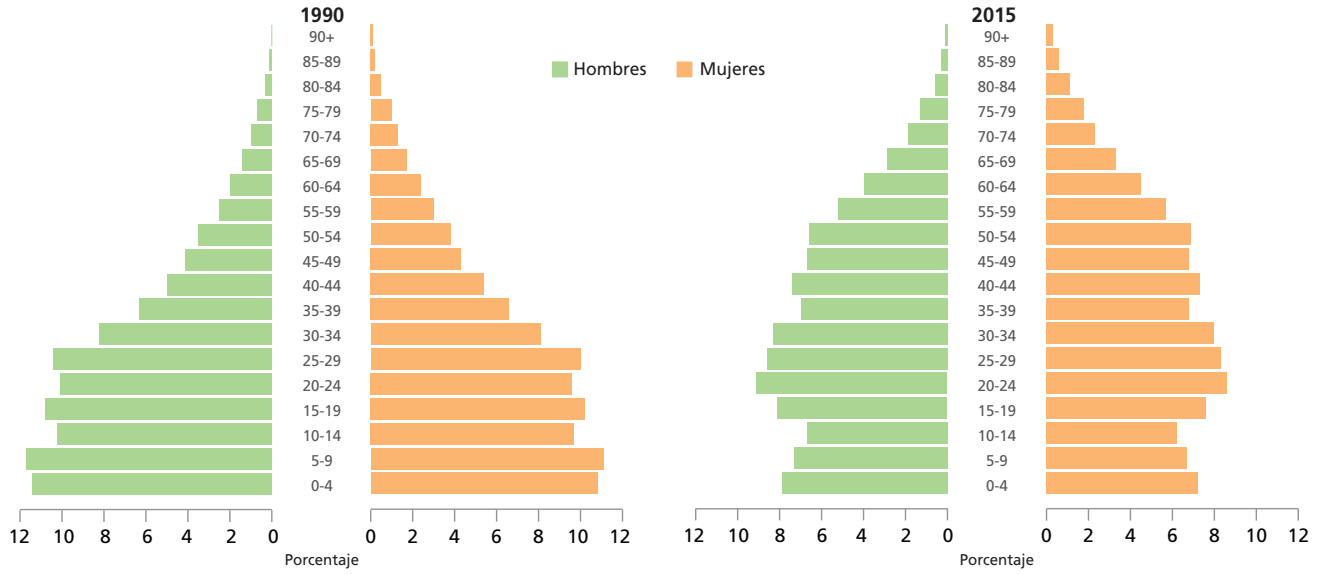
En el año 2014, 52,9% de las mujeres embarazadas recibieron atención prenatal en las primeras 16 semanas.

La tasa de mortalidad infantil en el 2014 fue de 19,4 muertes por 1 000 nacidos vivos, con un componente neonatal de 13,9 muertes por 1 000 nacidos vivos. Las principales causas fueron los trastornos respiratorios perinatales, la neumonía congénita y la hemorragia pulmonar perinatal.

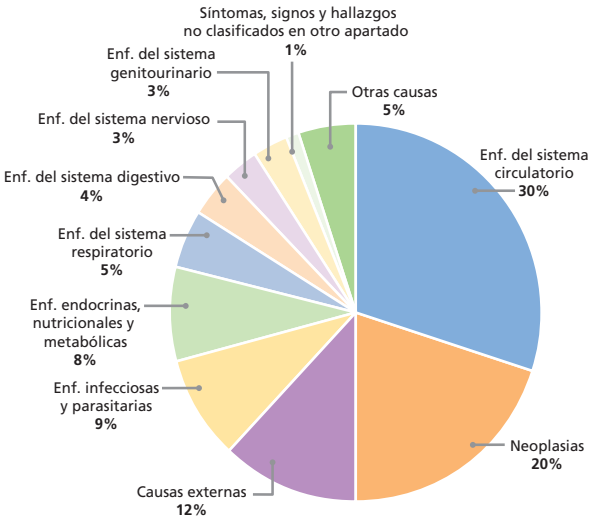
Entre los factores que influyen en la mortalidad infantil se destaca la presentación tardía a los cuidados prenatales, la tasa de partos prematuros y la multiparidad. El bajo peso al nacer fue de 13,8% en el 2014. El 66,2% de las muertes infantiles ocurrieron en el grupo de bajo peso al nacer.

Desde el 2013 hasta la fecha de este informe, no se ha registrado ningún caso de enfermedades prevenibles mediante vacunación. Después del 2009, cuando la tasa alcanzó 98%,

Estructura de la población según edad y sexo, Bahamas, 1990 y 2015



Mortalidad proporcional (% defunciones totales, todas las edades, ambos sexos), 2013



la cobertura contra el sarampión, las paperas y la rubéola varió entre 93,6% y 91,5%.

En el 2010, la tasa de mortalidad general fue de 5,5 muertes por 1 000 habitantes (6,8 en los hombres y 4,3 en las mujeres). El 30% de las muertes se debió a enfermedades del sistema circulatorio y 20% a neoplasias, de modo que la mitad de las muertes totales correspondió a una de esas dos causas.

En el período 2009-2013, las formas de cáncer que afectan al sistema digestivo representaron 24,9% de las muertes por cáncer; el de mama, 15,2%. En ese período, la cardiopatía isquémica fue responsable de 8,7% del total de muertes y de 3,7% de todos los años de vida potencial perdidos, con un promedio de 6,3 años perdidos por cada defunción.

Se registran brotes esporádicos de malaria y dengue; persiste la presencia de los mosquitos *Anopheles y Aedes aegypti*. Los esfuerzos nacionales para reducir la población del último han incluido campañas de limpieza comunitaria.

En el 2014, el virus chikunguña se introdujo en el país, causando un brote de 104 casos notificados; en el 2015 se registraron cuatro casos. Hasta principios del 2017 se habían registrado 10 casos de infección por virus del Zika, ocho de los cuales eran autóctonos.

En el 2014 se registraron 267 casos de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)/sida. De los nuevos casos, 63 fueron diagnosticados como sida (24%) y 12 de ellos no se recuperaron. Entre el 2005 y el 2014, la incidencia de VIH/sida presentó una disminución del 28%, pero un incremento de 85% en los jóvenes de 15 a 24 años.

En el 2014 se registraron 45 nuevos casos de tuberculosis, con una incidencia de 17 casos por 100 000 habitantes. De ellos, 3,7% eran resistentes a múltiples fármacos. De los nuevos casos, 14 correspondieron a coinfección con el VIH/sida.

La hipertensión fue la causa de 9,1% de todas las muertes y representa 3,5% de todos los años de vida potencial perdidos, con un promedio de 5,8 años perdidos por defunción.

Las enfermedades cerebrovasculares representaron otro 6,9% de todas las muertes y 3,1% de los años de vida potencial perdidos, con un promedio de 6,7 años de pérdida por muerte.

En conjunto, las enfermedades cardiovasculares de hipertensión, enfermedad cerebrovascular y cardiopatía isquémica representaron aproximadamente 24,7% de todas las muertes durante el período 2009-2013.

En el 2012, la prevalencia de sobrepeso y obesidad alcanzó al 79,2% de la población, sin diferencias significativas por sexo.

En el 2013, 45,7% de los niños de 13 a 15 años de edad tenía sobrepeso y 21,0% era obesos; 29,6% no había tenido actividad física en la semana previa; 83,4% había consumido menos de cinco frutas o verduras durante la semana previa; 28,6% bebieron alcohol en el mes previo; 13,7% eran fumadores en ese período; 15,1% había consumido drogas; 19,3% habría pensado sobre el suicidio mientras que 13,6% lo había intentado; 40% había participado en peleas en el año previo; y 11,1% eran miembros de grupos violentos.

En el 2010, 2,8% de la población presentaba algún tipo de discapacidad. Ese grupo mostraba mayor vulnerabilidad social: 7,3% no recibió educación, 82,4% de los mayores de 14 años estaban desempleados y 72% carecía de seguro de salud.

La enfermedad mental es una causa importante de morbilidad. Las principales causas de ingreso en el centro de rehabilitación local fueron la esquizofrenia y los trastornos esquizotípicos (35%), los trastornos afectivos del humor (12,3%) y los trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias como los cannabinoides (11,1%), el alcohol (7,4%) y la cocaína (2,3%). El 27% de las hospitalizaciones tiene alguna relación con el uso de drogas legales e ilegales.

El Ministerio de Salud es el ente rector sectorial, financiador de los servicios de salud pública y de la prestación de los servicios de salud en la comunidad.

En el 2016 se aprobó la Ley del Seguro Nacional de Salud. Esta legislación garantiza el acceso universal a los servicios de salud a todos los residentes legales de las Bahamas sin que deban realizar algún pago en el punto de atención.

La primera etapa, programada para implementarse en el 2017, incluye un paquete integral de servicios de atención primaria, incluyendo atención médica, medicamentos, imágenes y análisis de laboratorio.

En las etapas posteriores, se espera proporcionar cobertura contra las catástrofes e incluirá beneficios de atención secundaria y terciaria.

En el 2010, 47,2% de la población contaba con algún seguro de salud. El objetivo de aumento de la cobertura de aseguramiento es primordial en la preocupación gubernamental. En el 2013, se disponía de 24,9 médicos, 28,8 enfermeras registradas y 11,4 enfermeras clínicas por 10 000 habitantes.

Los servicios públicos de salud se prestan en el nivel primario, a través de una red de centros asistenciales que se distribuyen en un sistema de instalaciones públicas (28 centros de salud, 33 clínicas principales y 35 clínicas satélites) que se encuentran en las principales islas habitadas.

La atención secundaria y terciaria se presta en tres hospitales públicos, el Princess Margaret Hospital (con 400 camas), el Sandilands Rehabilitation Center en Nueva Providencia y el Rand Memorial Hospital (con 85 camas) en Gran Bahama.

LOGROS, DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS

El país tiene altos niveles de ingreso y al mismo tiempo exhibe un alto nivel de pobreza y de marginación de importantes grupos de la sociedad, especialmente entre la creciente población migrante.

Una de las brechas críticas en el desarrollo social del sector público es la falta de cobertura de salud universal.

Entre los desafíos que la nueva legislación aún debe abordar están la fuente de financiamiento adicional y el papel de los aseguradores privados.

Se ha comenzado el desarrollo de un sistema integrado de información de salud, denominado Sistema Integrado de Gestión de la Información Sanitaria, que principalmente es una iniciativa de fortalecimiento de las tecnologías de la información y la comunicación del sector de la salud.

La distribución geográfica de la provisión de servicios de salud a una población relativamente pequeña distribuida en un área discontinua grande es un enorme desafío. En este sentido, el desarrollo e implementación de la telemedicina y otras tecnologías de la comunicación para la salud son particularmente importantes.

Se debe avanzar en relación con la disminución de disminuir los niveles de marginación con respecto a la seguridad social y el bienestar de importantes grupos de la sociedad, especialmente la creciente población migrante.

PUNTOS ADICIONALES

El Gobierno de las Bahamas está desarrollando el Plan Nacional de Desarrollo: Visión 2040, que pretende ser una hoja de ruta para el desarrollo de políticas, la toma de decisiones y la inversión durante los próximos 25 años. Los cuatro pilares de la iniciativa son la economía, la gobernanza, la política social y el medio ambiente.

El Plan Estratégico del Sistema Nacional de Salud 2010-2020 se desarrolló con la visión de promover que los individuos y las comunidades estén capacitados para lograr una salud, longevidad y calidad de vida óptimas.

La Coalición sobre Bahamas Saludable se lanzó a principios del 2017. Es una iniciativa importante para involucrar a los distintos sectores de la sociedad con el fin de abordar los desafíos en la salud de la población y los factores de riesgo de enfermedades crónicas, incluidos los riesgos ambientales para la salud.

Con el fin de asegurar un mayor impacto de los planes nacionales, es imprescindible una verdadera participación de los grupos comunitarios y de los individuos, desde la concepción de estos planes hasta su ejecución. Además, el papel de la salud de la población en un plan nacional de desarrollo requiere ser priorizado.

El Plan Nacional de Desarrollo debe priorizar bajo una perspectiva de salud en todas las políticas, entendida como el bienestar físico, mental y social de las personas y las comunidades.

Desde el lado gubernamental, los planes también apelan a la integración y coordinación intersectorial, no solo del sector de la salud. La colaboración necesaria también debe ampliarse para incluir la perspectiva de los diversos actores sociales, a fin de abordar verdaderamente los desafíos en salud y bienestar del país.



BARBADOS

INDICADORES BÁSICOS SELECCIONADOS

1990-2015

	Valor 1990	Valor y año	Variación (%)
Ingreso nacional bruto, paridad de poder adquisitivo (PPA, US$ per cápita)	...	15 190 (2014)	...
Índice de desarrollo humano	0,714	0,785 (2013)	9,9
Promedio de años de escolaridad	8,1	9,0 (2014)	11,0
Población que usa instalaciones de agua potable mejoradas (%)	96,0	100,0 (2015)	4,2
Población que usa instalaciones de saneamiento mejoradas (%)	80,0	96,0 (2015)	20,0
Esperanza de vida al nacer (años)	71,1	75,1 (2013)	5,6
Mortalidad infantil (por 1 000 nacidos vivos)	16,2	11,6 (2013)	-28,4
Mortalidad materna (por 100 000 nacidos vivos)	...	...	...
Incidencia de tuberculosis (por 100 000 habitantes)	2,3	1,7 (2013)	-25,0
Mortalidad por tuberculosis (por 100 000 habitantes)	...	0,7 (2013)	...
Cobertura de inmunización contra el sarampión (%)	87,0	96,0 (2015)	10,3
Cobertura de atención del parto por personal cualificado (%)	...	99,7 (2015)	...



Población en 1990 (miles)	260,4
Población en el 2015 (miles)	276,6
Variación (%)	6,2



Barbados es una isla situada en el sector más oriental del Caribe, con una superficie de 430 km^2.

Desde 1990 y hasta el 2015, la población ha aumentado 6,2%. Se está conformando una estructura más envejecida y regresiva, que en el 2015 alcanzó los 276 633 habitantes. La esperanza de vida al nacer era de 75,1 años (73,1 años en los hombres y 77,9 años en las mujeres).

Barbados se considera un país de altos ingresos. En el 2015 el producto interno bruto (PIB) per cápita era de US$ 15 600. La actividad económica se distribuye entre los servicios de turismo, comercio internacional y comercio minorista. La economía del país es abierta y se encuentra bajo la influencia de los mercados financieros internacionales.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

En el 2015, el desempleo fue de 10,7%, y casi la mitad correspondió a jóvenes de 15 a 19 años. En el 2010, 15% de los hogares vivían bajo el umbral de la pobreza. De ellos, 25% estaban afectados por el desempleo y 62% estaban encabezados por mujeres.

El índice de alfabetización de la población es de 97%. La enseñanza primaria y secundaria son obligatorias y gratuitas.

Todos los hogares tienen acceso al sistema de recolección de residuos sólidos del Gobierno.

En el estudio de la salud de la nación (2015) se determinó que aproximadamente una de cada tres personas empleadas tiene seguro privado de gastos médicos.

La isla es vulnerable a los huracanes, y sus principales desafíos ambientales incluyen la calidad del aire en interiores y exteriores, las enfermedades transmitidas por vectores, la eliminación de los desechos sólidos, la relativa escasez de agua, la deforestación y la erosión del suelo.

En algunos casos los migrantes y los turistas pueden recibir servicios asistenciales gratuitos, como ocurre en las emergencias, la atención prenatal, la inmunización y los problemas importantes de salud pública (p. ej., necesidad de tratamiento para el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

SITUACIÓN DE SALUD Y SISTEMA DE SALUD

Entre el 2010 y el 2015 se registraron cinco muertes maternas. La atención hospitalaria al parto es universal. En el 2011, 12,3% de los partos se dieron en menores de 19 años de edad.

En el 2016, la mortalidad en los menores de 1 año y de 5 años alcanzó 11,6 y 12,0 muertes por 1 000 nacidos vivos, respectivamente.

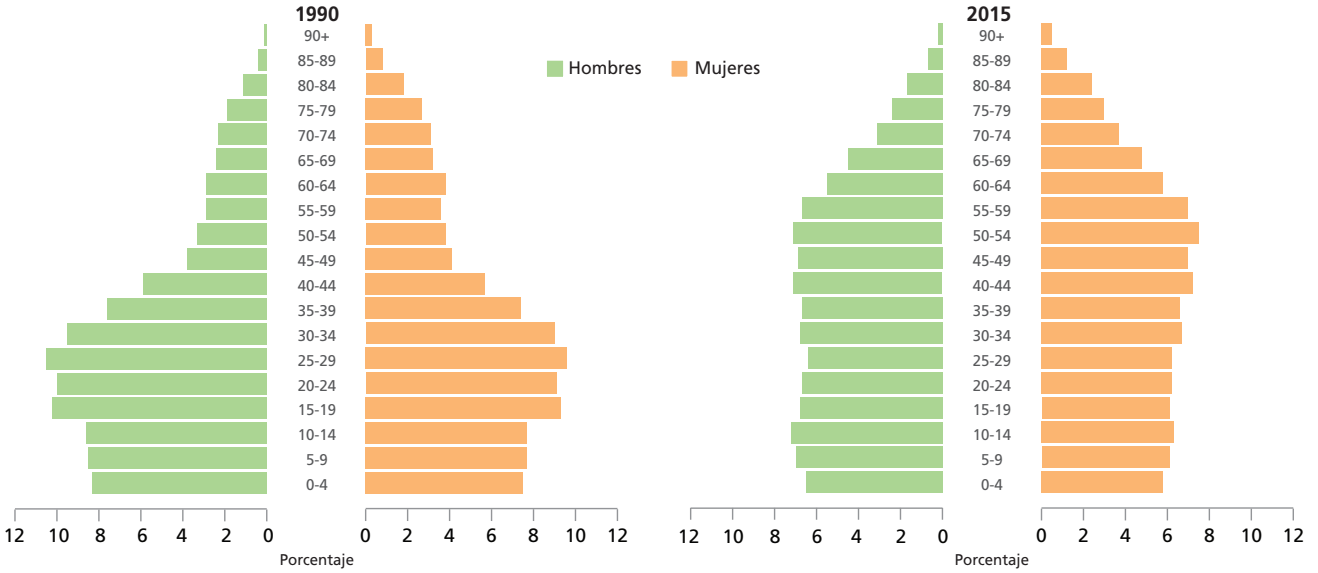
En el 2015, las coberturas de vacunas contra el sarampión, las paperas y la rubéola (SPR) y contra la varicela alcanzan alrededor de 96%. No se registran enfermedades prevenibles por vacunación. La vacuna contra el virus del papiloma humano se introdujo en el 2014 para el grupo de niñas de 11 años de edad o más.

En el 2010, 4% de la población padecía algún tipo de discapacidad.

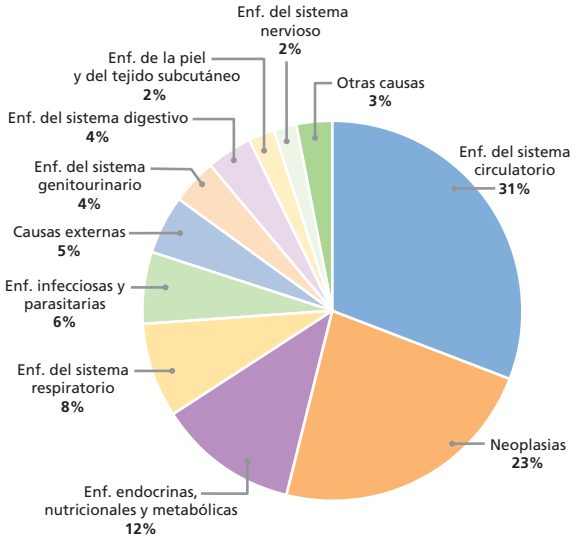
En el 2012, la tasa bruta de mortalidad fue de 8,4 muertes por 1 000 habitantes y la tasa ajustada, de 5,9. En el 2013, las enfermedades del sistema circulatorio causaron 31% de las muertes, y los tumores, 23%.

Las cinco principales causas de muerte corresponden al grupo de enfermedades crónicas no transmisibles, principalmente la enfermedad cardíaca isquémica, la enfermedad cerebrovascular, la enfermedad cardíaca hipertensiva y la diabetes mellitus. En el 2012, este conjunto de enfermedades crónicas fue responsable de 25,9% de las muertes en los hombres y 32,6% en las mujeres.

Estructura de la población según edad y sexo, Barbados, 1990 y 2015



Mortalidad proporcional (% defunciones totales, todas las edades, ambos sexos), 2013



Entre el 2010 y el 2012 se notificaron110 casos confirmados de leptospirosis y tres defunciones. El dengue es endémico, con brotes en el 2013 y el 2014 que registraron 2 955 casos y 12 muertes (4% de letalidad). El virus chikunguña se ha diagnosticado desde el 2014, cuando se registraron 1 851 casos sospechosos y 139 confirmados.

Entre el 2010 y el 2015 se confirmaron tres casos de virus del Zika (ninguno de ellos en mujeres embarazadas). La fiebre amarilla y la malaria no son endémicas en Barbados. Se observaron 28 casos de malaria importados, sin defunciones. No hubo registro de casos de enfermedad de Chagas y la leishmaniasis no se ha detectado en el país. En cambio, se confirmaron 11 casos de tuberculosis, dos de ellos importados y uno coinfectado con el VIH. Ninguno de estos casos fue resistente a fármacos.

Hasta finales del 2013 se habían diagnosticado 3 797 casos de VIH, con 1 712 muertes. Entre el 2001 y el 2013, la mortalidad por sida disminuyó de 11,2% a 2,3% gracias a la introducción del acceso universal al tratamiento antirretroviral. Además, se ha implantado la iniciativa de eliminación de la transmisión maternoinfantil de VIH y sífilis.

En el 2015, la prevalencia de diabetes era de 18,7% en adultos y alcanzaba a 45% en personas de 65 años o más.

En el 2015, 80% de los hombres y 90% de las mujeres presentaban al menos un factor de riesgo de enfermedad crónica no transmisible. Dos de cada tres adultos tenían sobrepeso y uno de cada de tres era obeso. La prevalencia de la obesidad era casi dos veces más alta en las mujeres (43%) que en los hombres (23%). Una de cada 10 mujeres y uno de cada 20 hombres tenía un índice de masa corporal igual o mayor de 35. Los niños obesos representan 14,4%.

En el 2015 se completó el plan estratégico 2015-2019 para las enfermedades crónicas no transmisibles, que incluye medidas como reducir la ingesta de sal y azúcar, la eliminación de grasas trans, el aumento del ejercicio y la actividad física, y la reducción del consumo de alcohol y tabaco.

En el 2015, 9% de la población adulta era fumadora (13% de los jóvenes estudiantes entre 13 y 15 años de edad). La legislación prohíbe la venta de tabaco a menores y fumar en lugares públicos. Además elimina las concesiones libres de impuestos y aumenta los impuestos al tabaco.

La ley de servicios de salud (1969) y la ley de provisión de medicamentos (1980) proporcionan el marco legislativo para el acceso universal a la salud. La política del Gobierno es prestar servicios gratuitos de atención médica al momento de uso, para que sean accesibles a todos los habitantes.

El Ministerio de Salud es responsable de las funciones de dirección y prestación de servicios de salud. Para ello define políticas, establece direcciones estratégicas, regula el sector y financia dichos servicios.

En el bienio 2014-2015, el gasto en salud representó 10,6% del gasto público total. Los impuestos financian 55% del total, 38% proviene de los hogares y aproximadamente 5%, del seguro médico privado. Un tercio de las personas empleadas cuenta con un seguro de salud privado.

La estrategia de crecimiento y desarrollo a mediano plazo se centra en asuntos intersectoriales del Gobierno, como el desarrollo de los sistemas de salud, la salud de la familia, las enfermedades transmisibles y crónicas no transmisibles, la salud mental y la salud ambiental.

Los servicios de atención primaria de salud están bien desarrollados y son de fácil acceso. El hospital Queen Elizabeth presta atención secundaria y terciaria. Además de tres hospitales de distrito, un hospital psiquiátrico y hospitales geriátricos, hay un centro para personas con discapacidad y otro para niños con problemas físicos y mentales. En el caso de algunos pacientes que requieren atención especializada, hay que remitirlos fuera del país.

Barbados es autosuficiente para la formación de recursos humanos para su sistema de salud. En el 2012 había 21 médicos y 44 enfermeras por cada 10 000 habitantes, con un total de 49 profesionales de la salud por cada 10 000 personas.

El sistema de información de salud continúa su implantación de forma gradual. Destaca el sistema MedData, que se ha implementado con diversos módulos en cinco de las nueve policlínicas del país y en el hospital Queen Elizabeth.

Los hospitales de distrito y los geriátricos prestan atención a los pacientes ancianos que necesitan atención de enfermería y rehabilitación a largo plazo.

La ley de seguridad y salud en el trabajo (2013) establece las responsabilidades y los derechos de los empleadores y los empleados. En el 2014, se registraron 639 casos de accidentes de trabajo, con dos defunciones.

En el 2015, se celebró un encuentro nacional sobre el sistema de salud, que entre sus principales conclusiones y sugerencias planteó la reforma de la estructura de financiamiento de la salud y el incremento de la eficiencia del sistema de prestación de servicios de salud.

LOGROS, DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS

El Plan estratégico para la salud para el período 2016-2021 contiene direcciones estratégicas en línea con los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la Cooperación para la Salud del Caribe y la meta de la cobertura universal de salud.

El Ministerio de Salud considera nuevos objetivos de política la reorganización y mejora de la atención primaria, la prevención y manejo de las enfermedades crónicas no transmisibles, la mejora del monitoreo y evaluación en los servicios de salud y los mecanismos de financiamiento.

En los próximos años se espera una mayor expansión del uso de las tecnologías de la información y la comunicación para mejorar los sistemas de salud y proporcionar el apoyo necesario a la toma de decisiones basadas en la evidencia.

Este mayor uso contribuirá a un mejor pronóstico, planificación, estimación y asignación de recursos para los programas, y un mejor monitoreo y evaluación. En última instancia, se espera que contribuirá a obtener mejores resultados de salud para la población.

PUNTOS ADICIONALES

Barbados apoya el esfuerzo global para reducir la resistencia antimicrobiana. En el 2015 se elaboró un proyecto de plan nacional de acción para combatir la resistencia a los antimicrobianos que incorpora los objetivos del plan mundial patrocinado por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El plan nacional destaca tres objetivos, entre ellos reducir la aparición de bacterias resistentes y prevenir la propagación de infecciones resistentes.

También se busca optimizar los esfuerzos nacionales de vigilancia con el objetivo de combatir la resistencia y mejorar la colaboración y las capacidades internacionales en materia de prevención, vigilancia y control de la resistencia a los antimicrobianos, además de mejorar la investigación y el desarrollo de los antibióticos.

Se han iniciado esfuerzos para mejorar la educación sobre las medidas de control de infecciones en las instituciones de salud.

En relación con la tuberculosis, se ha identificado una serie de cepas resistentes a antibióticos y no se ha identificado tuberculosis resistente a múltiples fármacos.

Se han realizado pruebas de detección del VIH resistente a fármacos. Actualmente, la mayoría de los pacientes que reciben tratamiento antirretroviral están en regímenes de primera línea (80%), mientras que aproximadamente el 20% está en combinación de segunda o tercera línea.

En vista de estos avances, es posible reiterar la necesidad de abordar con éxito la resistencia a los antimicrobianos, para contribuir a alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud.

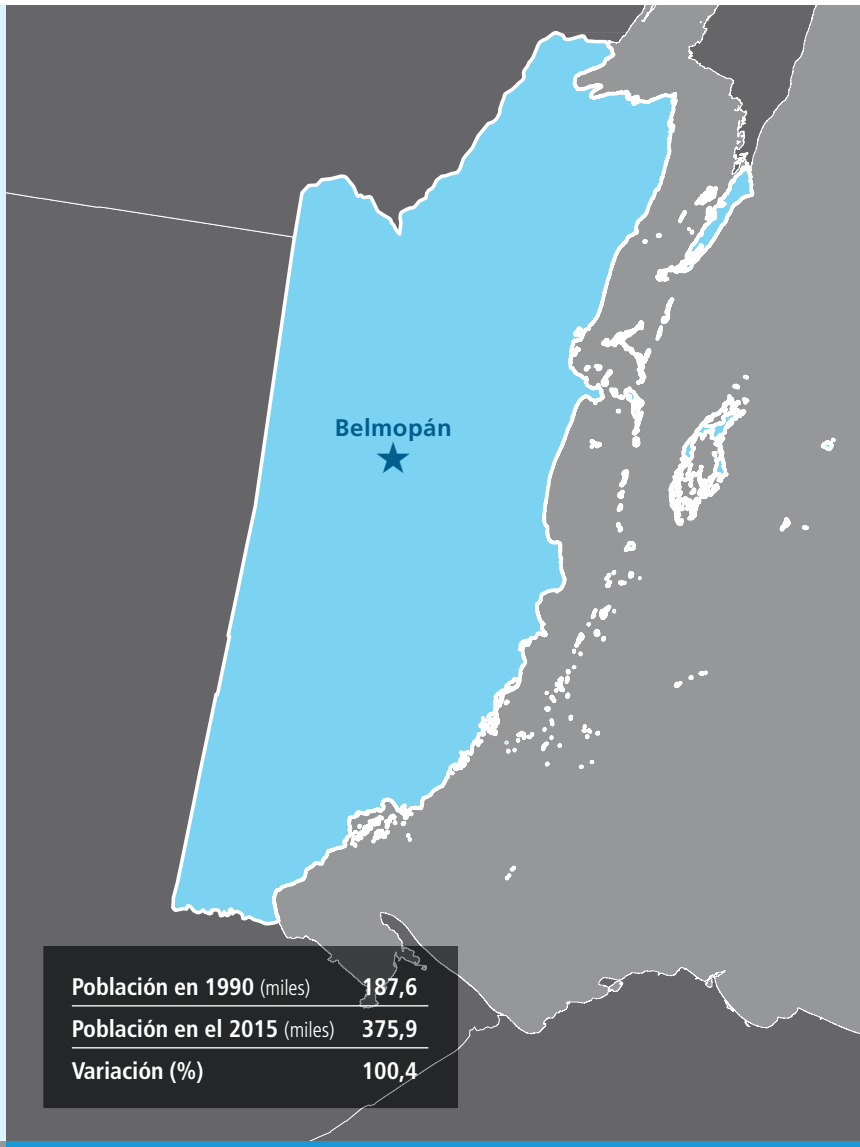


BELICE

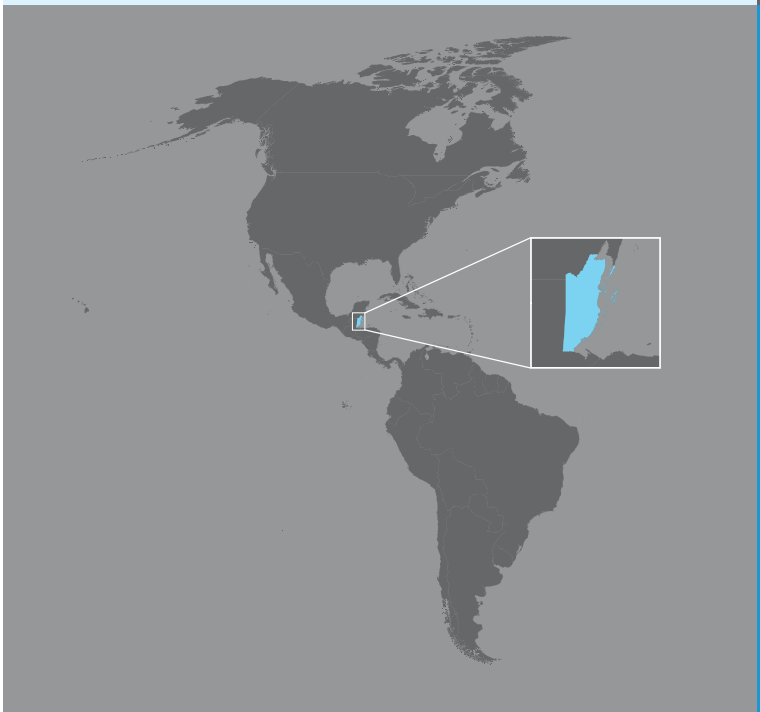
INDICADORES BÁSICOS SELECCIONADOS

1990-2015

	Valor 1990	Valor y año	Variación (%)
Ingreso nacional bruto, paridad de poder adquisitivo (PPA, US$ per cápita)	...	7 590 (2014)	...
Índice de desarrollo humano	0,648	0,715 (2013)	10,3
Promedio de años de escolaridad	8,2	10,5 (2014)	27,9
Población que usa instalaciones de agua potable mejoradas (%)	73,0	100,0 (2015)	37,0
Población que usa instalaciones de saneamiento mejoradas (%)	76,0	91,0 (2015)	19,7
Esperanza de vida al nacer (años)	71,1	73,7 (2013)	3,7
Mortalidad infantil (por 1 000 nacidos vivos)	32,1	15,7 (2013)	-51,1
Mortalidad materna (por 100 000 nacidos vivos)	...	42,0 (2012)	...
Incidencia de tuberculosis (por 100 000 habitantes)	41,0	20,5 (2013)	-50,1
Mortalidad por tuberculosis (por 100 000 habitantes)	2,5	5,9 (2013)	136,0
Cobertura de inmunización contra el sarampión (%)	86,0	96,0 (2015)	11,6
Cobertura de atención del parto por personal cualificado (%)	...	91,9 (2015)	...



Población en 1990 (miles)	187,6
Población en el 2015 (miles)	375,9
Variación (%)	100,4



Belice es un país situado en América Central, y de ellos es el único de habla inglesa. Cuenta con una superficie de 22 966 km² y limita con México, Guatemala y el mar Caribe. El 31% de la población vive en la costa y el resto se distribuye por los territorios interiores del país. El 45% de los habitantes del país reside en áreas urbanas.

En el 2015, la población era de 375 900 habitantes. Desde 1990 mantiene una estructura expansiva, que se está haciendo estacionaria en los menores de 25 años, en relación con la disminución de la fecundidad y la mortalidad prematura.

La esperanza de vida en el 2015 se estimaba en 73,7 años (71,1 en los hombres y 76,6 años en las mujeres).

El 14,2% de la población es de origen extranjero. Es un país en desarrollo pequeño, de ingresos medios altos, con un producto interno bruto (PIB) per cápita de US$ 4 829 en el 2016.

El avance socioeconómico y sanitario del país se refleja en un índice de desarrollo humano de 0,715 en el 2015. Su economía depende de las exportaciones agrícolas.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

La tasa nacional de desempleo en el 2016 fue de 8%, que se triplica en los jóvenes y las mujeres.

En el 2016, 96,1% de la población tenía acceso a agua potable y 87,1%, a instalaciones sanitarias. Más de la mitad de la población de Belice cuenta con un sistema moderno y ecológicamente racional de eliminación de desechos.

La tasa de alfabetización de la población adulta en el 2010 era de 84,1% en mujeres y 75,2% en hombres.

En el 2009, 41,3% de los habitantes del país vivía bajo el umbral de pobreza. Este porcentaje incluía 15,8% de la población considerada como indigente o extremadamente pobre. La tasa de pobreza infantil es superior al promedio nacional, con más de 50%. En cambio, entre los ancianos era inferior al promedio nacional, que es 41,3%, lo que reflejaba un cierto éxito de los programas estatales. También se observaron tasas de pobreza superiores al promedio nacional entre los indígenas mayas, la peor entre todos los grupos étnicos (68%).

Las poblaciones indígenas, afrodescendientes y las poblaciones con opciones sexuales minoritarias se consideran las más vulnerables.

La tasa de homicidios fue de 44,7 por 100 000 habitantes en el 2013, la mayoría de ellos resultado de la guerra de pandillas en las ciudades. La trata de personas también es un problema grave.

El país es vulnerable al creciente aumento del nivel del agua del mar consecuencia del cambio climático. Algunos efectos incluyen cambios en la calidad y la disponibilidad del agua y el aumento de la frecuencia e intensidad de los fenómenos meteorológicos extremos.

Más de la mitad de la población del país disfruta de un sistema moderno de eliminación de residuos sólidos ambientalmente saludable y que da prioridad a la salud y la seguridad humanas. Este sistema cubre un área del país denominada Corredor Occidental, un *continuum* de centros poblacionales que abarcan la mayoría de la urbe del país.

El acelerado crecimiento de la población impone una carga indebida a la infraestructura de salud pública.

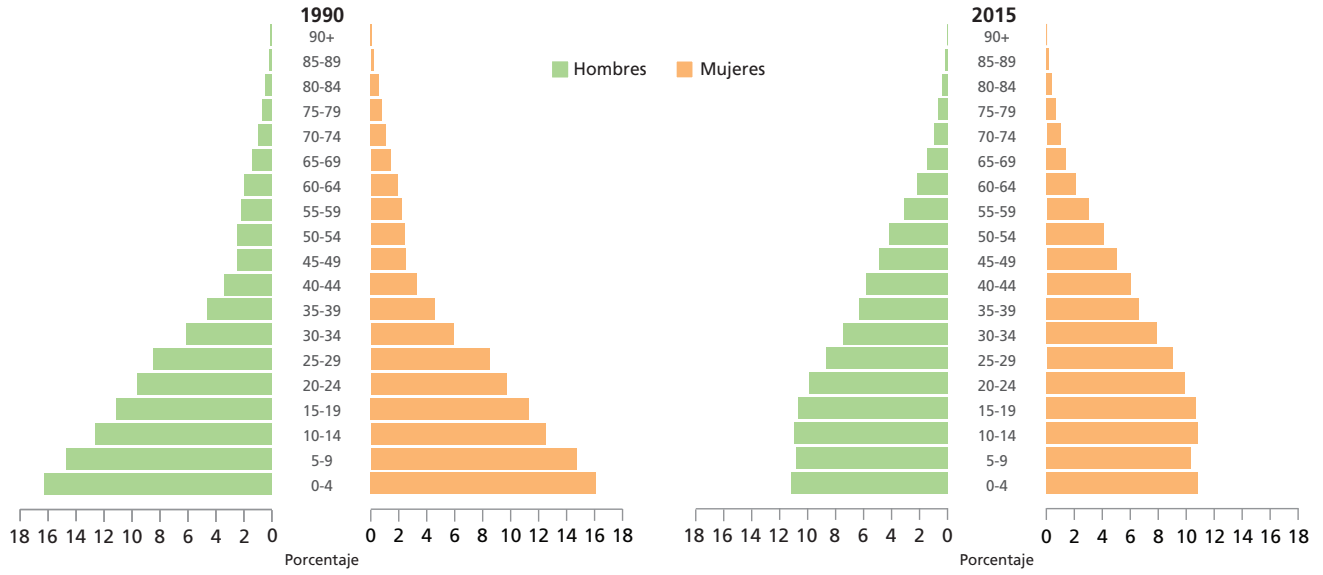
SITUACIÓN DE LA SALUD Y DEL SISTEMA DE SALUD

Por primera vez, en el 2011 no se registraron muertes maternas. Sin embargo, en el 2012 se notificaron tres muertes maternas, que representan una razón de 42 defunciones por 100 000 nacidos vivos.

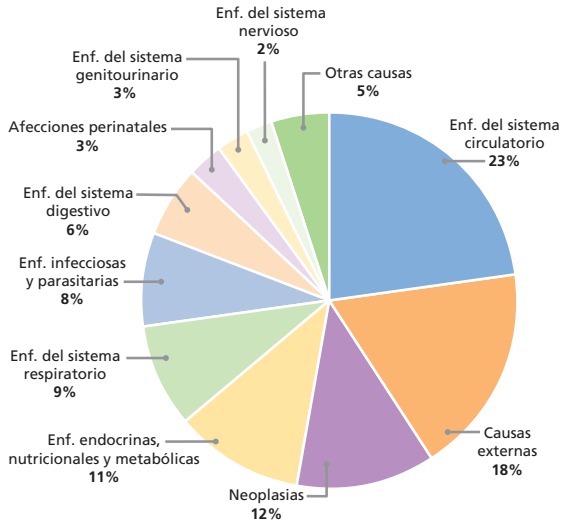
La tasa de mortalidad infantil fue, en promedio, de 15 por 1 000 nacidos vivos durante 2001-2005, aumentó a 18,1 durante 2006-2010 y descendió a 15,7 en el 2012.

Las principales causas de muerte en los últimos años correspondieron a las enfermedades crónicas no transmisibles. La diabetes, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y las enfermedades respiratorias crónicas son responsables de alrededor del 40% de las muertes anuales. El 28% de las muertes obedece a lesiones y causas externas, y 20% a enfermedades transmisibles, incluyendo la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y las infecciones agudas de las vías respiratorias.

Estructura de la población según edad y sexo, Belice, 1990 y 2015



Mortalidad proporcional (% defunciones totales, todas las edades, ambos sexos), 2014



El 47% de los fallecimientos debidos a enfermedades crónicas no transmisibles se consideraron muertes prematuras en personas menores de 70 años de edad.

La incidencia de cáncer en el 2012 fue de 59 casos por 100 000 habitantes. El cáncer de mama y el cervical tuvieron una incidencia de 29,9 y 21,4 por 100 000 personas, respectivamente; mientras que la incidencia de cáncer de próstata fue de 15,3 por 100 000.

El aumento de los homicidios tiene un gran impacto en las tendencias de mortalidad de los hombres.

Los niños de entre 5 y 14 años corren mayor riesgo de morir por accidentes relacionados con el fuego, el ahogamiento y el transporte. Sin embargo, las causas de mortalidad en niños menores de 1 año continúan siendo consecuencia de hipoxia, asfixia de nacimiento, afecciones respiratorias y otras originadas en el período perinatal, además de anomalías congénitas. En los adultos jóvenes de 20 a 29 años, el VIH es también una de las principales causas de muerte.

Las principales causas de muerte entre los 30 y los 49 años son las complicaciones de la infección por el VIH, los accidentes de tráfico, los homicidios y las lesiones infligidas intencionalmente por otras personas.

La diabetes y las enfermedades del corazón son causas importantes de muerte a partir de los 40 años.

Las principales causas de fallecimiento entre los 50 y los 59 años se relacionan con la diabetes y sus complicaciones, seguida de la cardiopatía isquémica, la hipertensión, la infección avanzada por VIH y la enfermedad hepática crónica y cirrosis. Lo mismo ocurre con los mayores de 60 años.

Las tres principales causas de morbilidad explican casi la mitad de las hospitalizaciones en todo el país. Por orden de frecuencia, son las complicaciones causadas por el embarazo, el parto y el puerperio; las lesiones, la intoxicación y ciertas consecuencias de causas externas, y las infecciones respiratorias agudas.

Las enfermedades transmisibles que preocupan en el país incluyen principalmente enfermedades transmitidas por vectores. Se ha confirmado la presencia de los cuatro serotipos de dengue, y su prevalencia en las comunidades urbanas es tres veces mayor que en las comunidades rurales.

El primer caso de transmisión del virus del Zika se confirmó en mayo del 2016. A finales de septiembre del 2016 hubo 46 casos confirmados, entre ellos seis mujeres embarazadas cuyos hijos nacieron sin problemas.

Belice se encuentra en la etapa previa a la eliminación de la malaria, que ha disminuido drásticamente entre el 2007 y el 2015, de 845 a 22 casos.

La incidencia anual de tuberculosis se ha mantenido estable en la última década. No hubo casos confirmados de enfermedad de Chagas, y la detección sistemática de donantes de sangre mejoró la vigilancia de dicha afección.

La infección por VIH/sida sigue siendo problemática, pero las infecciones de transmisión sexual no aparecen como las principales causas de morbilidad.

En el 2015, la prevalencia bruta de diabetes fue de 14,2%, la prevalencia más alta de diabetes de América del Norte y el Caribe.

De un máximo de 90 muertes en 2001, las muertes por accidentes de tránsito han ido disminuyendo gradualmente, y en el 2015 Belice registró 60 muertes en las carreteras. Esta cantidad se tradujo en una tasa per cápita de 18 casos por 100 000, que comparativamente fue de los más altos entre los países de América Central.

En 1998, el Ministerio de Salud llevó a cabo la reforma del sistema de salud, reorganizando sus servicios en cuatro regiones sanitarias (septentrional, central, occidental y meridional), encabezadas por gerentes regionales de salud. Todos los hospitales regionales están en zonas urbanas y la población rural cuenta con una red de dispensarios, puestos de salud y dispensarios móviles.

A través de la introducción del Plan Nacional de Seguro de Salud se prestan servicios de atención mediante una red de profesionales de atención primaria que se ha centrado en la salud de una determinada base geográfica y de población definida por su condición de pobre.

El sistema de salud de Belice depende en su mayor parte del aporte de fondos públicos. El Gobierno ha asignado al Ministerio de Salud un presupuesto de alrededor del 11% del presupuesto nacional, correspondiente al 3,5% del PIB.

La cuestión de los recursos humanos en salud es el elemento crítico del sistema. Esta escasez se ve agravada por su distribución geográfica, pues la mayor parte está radicada en las zonas urbanas, especialmente en la Ciudad de Belice. El país no cuenta con centros formadores donde se capaciten médicos. Sin embargo, varias categorías de enfermeras, técnicos de laboratorio, farmacéuticos y trabajadores sociales reciben educación reglada en la Universidad de Belice.

El Ministerio de Salud emplea un sistema de información de salud para registrar los datos de los pacientes y para integrar las fuentes de datos electrónicamente, facilitándose el análisis de datos y la información de salud. El sistema cubre todo el país y se considera actualizado y preciso. El Ministerio reconoce que, a pesar de la existencia de su sistema de información, sigue habiendo una brecha en la cantidad y calidad del registro, originada en los médicos y funcionarios.

LOGROS, DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS

El sistema de salud de Belice afronta retos importantes en el corto y mediano plazo. Estos incluyen el aumento de las enfermedades crónicas como principales causas de mortalidad, las amenazas que plantean las enfermedades víricas emergentes, la escalada de los costos producto de la violencia urbana, la alta tasa de infecciones por VIH y las dificultades para atraer y retener personal en el sector salud. Dada la gran vulnerabilidad de Belice, el cambio climático plantea riesgos adicionales para la salud y otros sectores.

La estructura de la economía del país, en particular el predominio creciente del turismo en el perfil económico y la continua dependencia de las industrias de exportación, que emplean a un gran número de trabajadores migrantes estacionales, implica el movimiento transfronterizo continuo de personas que pueden requerir servicios del sistema de salud. La afluencia continua de inmigrantes estacionales es paralela al movimiento de inmigrantes indocumentados que se instalan en comunidades remotas donde el acceso a la atención médica sigue siendo problemático.

La escasez crónica de determinadas categorías de profesionales de salud y su baja tasa de retención hace necesario que Belice traiga a estos profesionales del exterior, lo cual genera gastos recurrentes por la adaptación de los recién llegados.

Se consideran prioridades de acción urgentes los problemas derivados de las enfermedades crónicas no transmisibles, particularmente la diabetes, y las amenazas de infecciones víricas. También debe evaluarse si la asignación y administración de los fondos públicos al Ministerio de Salud se están optimizando para abordar estas prioridades de manera efectiva.

Un gran desafío para el país es consolidar los logros obtenidos y reducir la vulnerabilidad social y sanitaria de algunos grupos de población.

La evolución negativa de los ingresos del Gobierno ocasionada por circunstancias macroeconómicas adversas y un rápido aumento de la deuda pública representa una amenaza primaria para el sistema de salud debido a su dependencia sustancial de la financiación pública.

PUNTOS ADICIONALES

El Ministerio de Salud está realizando esfuerzos para abordar las necesidades de salud identificadas a través de datos demográficos y epidemiológicos. La salud mental y geriátrica son dos de estas áreas problemáticas.

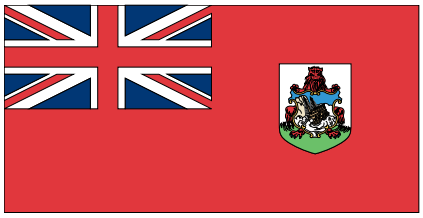
El propio sistema de salud debe solucionar la dificultad de atraer y retener al personal de salud esencial y dar respuesta al incremento de la población y del turismo, ya que el sistema de salud debe brindar respuesta a todos ellos.

Problemas como la depresión y los suicidios asociados, la adicción a distintas drogas, el consumo de alcohol, la violencia y los abusos sexuales son preocupaciones cada vez mayores. La prescripción y venta de antidepresivos ocupa un lugar destacado en el perfil de utilización farmacológica del país.

Las intervenciones sanitarias para controlar y reducir las enfermedades del estilo de vida incluyen la provisión de medicamentos básicos y un mayor esfuerzo en la prevención y la vida saludable.

Otros organismos del Gobierno emprenden múltiples y diversos métodos de intervención para reducir la incidencia de homicidios, violencia de pandillas y lesiones personales, que consumen una parte indeterminada del presupuesto de salud pública.

El Gobierno también está implementando un proyecto de demostración de tráfico que espera reducir la incidencia de accidentes de tránsito mortales.



BERMUDAS

INDICADORES BÁSICOS SELECCIONADOS

1990-2015

	Valor 1990	Valor y año	Variación (%)
Ingreso nacional bruto, paridad de poder adquisitivo (PPA, US$ per cápita)	...	**66 560** (2014)	...
Índice de desarrollo humano	...	...	...
Promedio de años de escolaridad	...	**13,0** (2014)	...
Población que usa instalaciones de agua potable mejoradas (%)	...	...	...
Población que usa instalaciones de saneamiento mejoradas (%)	...	...	...
Esperanza de vida al nacer (años)	...	**81,2** (2016)	...
Mortalidad infantil (por 1 000 nacidos vivos)	...	**1,7** (2014)	...
Mortalidad materna (por 100 000 nacidos vivos)	...	...	...
Incidencia de tuberculosis (por 100 000 habitantes)	...	...	...
Mortalidad por tuberculosis (por 100 000 habitantes)	...	...	...
Cobertura de inmunización contra el sarampión (%)	...	**89,0** (2015)	...
Cobertura de atención del parto por personal cualificado (%)	...	**98,8** (2015)	...



Población en 1990 (miles)	**58,1**
Población en el 2016 (miles)	**61,7**
Variación (%)	**6,2**



Bermudas es uno de los territorios de ultramar del Reino Unido en las Américas, constituido por siete islas principales conectadas entre sí por puentes y más de 100 islas de menor tamaño, en un área de aproximadamente 53 km². El territorio se divide en nueve parroquias. La capital, Hamilton, está ubicada en Pembroke, la parroquia más poblada.

Bermudas se rige por el modelo de Westminster de democracia parlamentaria.

En el 2016 Bermudas tenía cerca de 61 695 habitantes, y la razón hombre/mujer era de 91 hombres por 100 mujeres.

En 1990, su estructura era entre regresiva y estacionaria por debajo de los 30 años de edad. Actualmente se ha convertido en estacionaria. En el 2016, la esperanza de vida al nacer era de 81,23 años (77,5 en los hombres y 85,1 en las mujeres).

Tiene uno de los mayores ingresos per cápita del mundo, con un producto interno bruto (PIB) per cápita de US$ 96 018 en el 2015. Los principales sectores económicos son los negocios internacionales, el turismo y la construcción.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Se prevé que en este decenio (2010-2020) la población se reducirá en 4% debido a la emigración.

En el 2007, 11% de la población estaba debajo del umbral de ingresos bajos, un indicador creado por el departamento de estadísticas de Bermudas luego de una amplia investigación realizada con el fin de producir una medida que reemplazara el modelo de umbral de pobreza.

En el 2015, la tasa de desempleo fue de 7%. Entre los años 2012 y 2015, fluctuó entre 6% y 9% al año; la tasa de desempleo en los hombres fue levemente mayor que en las mujeres.

La educación es pública y gratuita en los niveles primario y secundario. Existe una institución educacional que ofrece educación superior. Sin embargo, la mayoría de la población emigra para proseguir sus estudios.

Bermudas tiene una de las industrias de reaseguros más grandes del mundo. Cumple con las normas financieras mundiales contra el blanqueo de capitales y contra el financiamiento del terrorismo, y no tiene leyes que protejan el secreto bancario.

En el 2013, 60% de los hogares contaba con una computadora portátil; 73%, con teléfono fijo, y 88%, con al menos un teléfono celular.

En el 2016 se estableció el departamento de medioambiente y recursos naturales, con el fin de proteger el medioambiente de Bermudas y administrar de manera responsable sus recursos naturales para satisfacer las necesidades ambientales, económicas y sociales de la comunidad.

El país está expuesto a fenómenos hidrometeorológicos, además de pandemias, grandes derrames de petróleo, accidentes aéreos, incidentes graves en cruceros y tsunamis, entre otros.

La organización de medidas de emergencia del territorio prepara a todos los departamentos gubernamentales e instituciones no gubernamentales para los desastres naturales y los de origen humano, y coordina las actividades de respuesta y recuperación en caso de emergencias. Se aplican estrictos códigos de construcción para mitigar la destrucción causada por los huracanes.

SITUACIÓN DE LA SALUD Y DEL SISTEMA DE SALUD

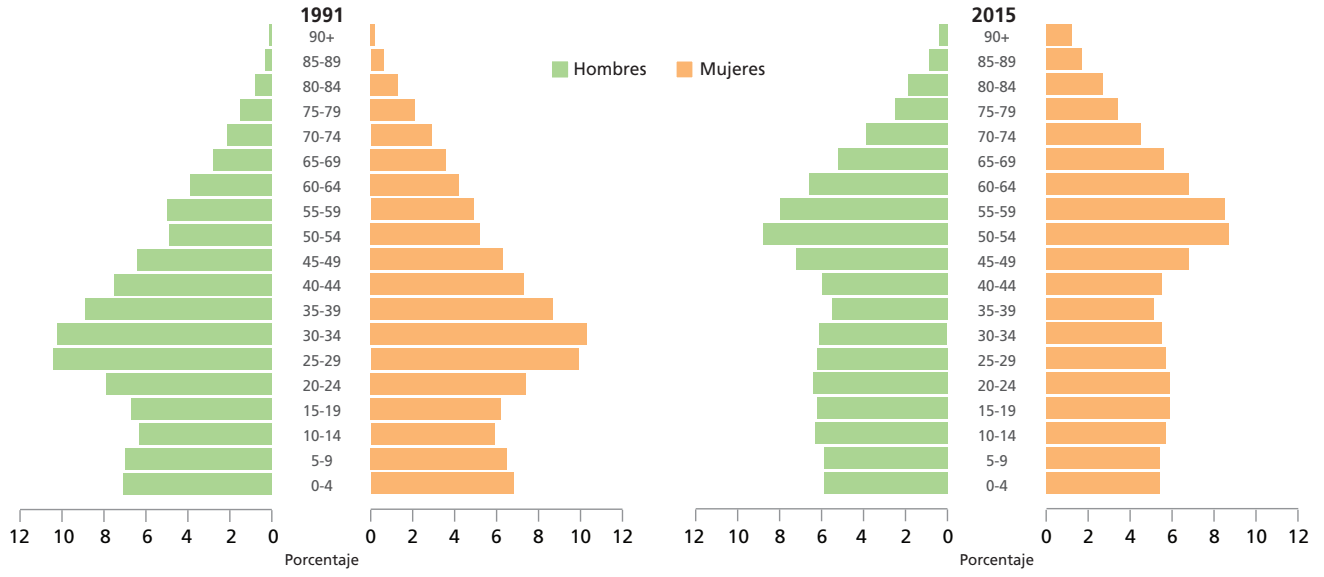
No hay reportes de muertes maternas en los últimos años. En el 2015 se registraron 466 muertes de residentes, lo que implicó una tasa de mortalidad de 663,86 por 100 000.

En el 2015, la tasa de mortalidad de lactantes fue de 3,4 por 1 000 nacidos vivos (fallecieron dos lactantes); en el 2014 se registró la muerte de un lactante. Además, hubo dos mortinatos en el 2014 y tres en el 2013.

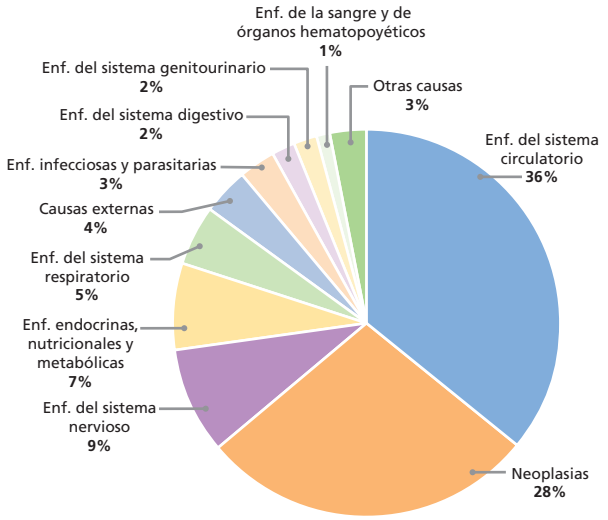
En el 2015, 36% de las muertes fueron causadas por enfermedades del sistema circulatorio y 28%, por neoplasias. Ambos grupos de causas explicaron casi dos tercios del total de muertes.

Para el 2014, más de 95% de la población presenta al menos un factor de riesgo para desarrollar una enfermedad no transmisible. Los principales fueron el consumo insuficiente

Estructura de la población según edad y sexo, Bermudas, 1991 y 2015



Mortalidad proporcional (% defunciones totales, todas las edades, ambos sexos), 2015



de frutas y verduras (82%), el sobrepeso y la obesidad (75%) y el consumo de alcohol (64%). También eran motivo de preocupación el colesterol elevado (34%), la hipertensión (33%) y la inactividad física (27%). El porcentaje de población que consume tabaco alcanza a 14%.

Los traumatismos e intoxicaciones fueron las principales causas de hospitalización (26,8%), seguidas de las enfermedades del aparato respiratorio (12,6%). Los casos de desnutrición son excepcionales, y la mayoría de ellos se dan en adultos mayores.

Bermudas no ha presentado ningún problema crítico de salud relacionado con las enfermedades emergentes y reemergentes, las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza, o la tuberculosis.

En el 2016 se confirmó el primer caso importado de virus del Zika. Todos los casos de malaria y dengue han sido esporádicos e importados. La gripe por A/H1N1 sigue circulando en el archipiélago.

Entre 1982 —cuando se notificó el primer caso de sida en Bermudas— y fines del 2015, se había diagnosticado infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) a 767 personas. De esta cifra, a 565 personas se les diagnosticó sida y 464 fallecieron.

Bermudas completó el proceso de validación de la eliminación de la transmisión maternoinfantil de la sífilis y la sífilis congénita en el 2016. El archipiélago tiene una baja incidencia de tuberculosis.

En el 2015 el mayor número de casos de infecciones de transmisión sexual (ITS) se registró en el grupo de 20 a 24 años de edad. Las infecciones por clamidias representaron casi tres cuartas partes de todas las ITS.

Las afecciones crónicas constituyen una importante carga de enfermedad. En el 2010 había 1 213 personas de 65 años de edad y más que sufrían de una condición de salud crónica que afectó en algún aspecto su calidad de vida. Las seis principales causas de discapacidad son la hipertensión arterial, el deterioro de la visión, la artritis, las enfermedades cardíacas, la diabetes y las dificultades de movilidad.

El plan de salud mental del 2010 promueve la atención centrada en el paciente mediante la prestación de servicios comunitarios. Está dividido en tres grandes ejes, cada uno con estrategias de apoyo: ampliar el modelo de atención comunitaria, poner en práctica mejoras en el servicio y reformar los servicios de salud mental forense.

El sector de atención de salud está integrado por un hospital general (el King Edward VII Memorial Hospital), que incluye un centro de urgencias (el Lamb Foggo Urgent Care Centre), un hospital psiquiátrico (el Mid-Atlantic Wellness Institute), 17 establecimientos de atención a largo plazo, 193 establecimientos de atención ambulatoria, 16 servicios auxiliares (incluidos servicios de transporte de pacientes, rescate en casos de emergencia, y laboratorios médicos y de diagnóstico), 18 minoristas y proveedores de productos médicos, así como 18 prestadores de medicina preventiva.

El Ministerio de Salud, organismo rector estatal, trabaja en colaboración con el consejo de salud de Bermudas, el departamento de salud, la junta de hospitales de Bermudas y el departamento de seguros de salud.

El Departamento de Salud presta servicios primarios y preventivos a niños; planificación familiar y atención prenatal a las mujeres en edad fértil; servicios de salud ocupacional a los servicios uniformados, y la atención primaria de salud integral a la población encarcelada del territorio.

El Consejo de Salud de Bermudas es un organismo no gubernamental semiautónomo que da seguimiento al desempeño del sistema de salud y coordina a los actores del sistema para asegurar el acceso a seguros médicos, y una atención segura y de calidad.

La Junta de Hospitales de Bermudas, también semiautónoma, se estableció en 1970. Su gerente general es responsable del King Edward VII Memorial Hospital, el Mid-Atlantic Wellness Institute y el Lamb-Foggo Urgent Care Centre.

En el 2015, 12,4% del producto interno bruto (PIB) se destinó a salud, lo que representa US$ 11 188 per cápita. El sistema de salud se financia a partir de cuatro fuentes principales: los planes de seguro de salud públicos y privados (60%), las subvenciones y los subsidios del Gobierno (29%), los pagos directos (gasto de bolsillo) (10%) y las donaciones con fines benéficos (1%). El financiamiento gubernamental también apoya programas que aseguran que las poblaciones vulnerables puedan tener acceso a la atención médica.

En el 2013, los hogares de los sectores en mejor situación económica gastaron 3% de sus ingresos en servicios de atención de salud; este porcentaje se elevó a 20% en los hogares de menores ingresos.

La oficina del registrador general proporciona las estadísticas vitales sobre nacimientos y defunciones. La unidad de epidemiología y vigilancia del Ministerio de Salud suministra información sobre ciertas causas de muerte, resúmenes sobre enfermedades transmisibles y encuestas sobre factores de riesgo.

El consejo de salud de Bermudas suministra información sobre el financiamiento y la regulación en el ámbito de la salud. Los servicios de gestión de la información de salud, adscritos a la junta de hospitales de Bermudas, suministran información sobre el uso de los servicios hospitalarios.

Todos los médicos, odontólogos, farmacéuticos, personal de enfermería y otros profesionales de la salud deben tener licencia y estar matriculados para ejercer y para poder registrar horas de educación continua.

En el 2014 más de 2 000 personas trabajaban en profesiones relacionadas con la salud; de esa cifra, 65% eran naturales de Bermudas. Para combatir la escasez de enfermería, se ha establecido un programa de enfermería en el Colegio de Bermudas.

LOGROS, DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS

El aumento de la población mayor de edad de las Bermudas, consecuencia del aumento de la esperanza de vida, significará que más personas alcanzarán la edad de jubilación y una mayor proporción de dependientes mayores necesitará el apoyo de la población laboralmente activa. Esto dará lugar a más demandas en el sistema de atención de la salud, y cuestiones como la calidad de vida, el acceso y los costos de la atención se convertirán en cada vez más críticas.

Se prevé que la economía mejorará aún más gracias al crecimiento sostenido del turismo y los negocios internacionales —dominados por el sector de los seguros y reaseguros— y un aumento de la inversión en construcción.

Entre las prioridades del plan estratégico del servicio de policía para el período 2016-2018 se encuentran enfrentar la delincuencia y el comportamiento antisocial, fomentar la participación de la comunidad, aumentar la seguridad en las vías de tránsito y optimizar la tecnología para responder con rapidez y proteger a las personas vulnerables.

El desarrollo de recursos humanos y la creación de capacidad resolutiva en salud es una prioridad para el territorio. Para ello se están realizando esfuerzos, para ampliar el alcance y la calidad de la supervisión, la reglamentación de los proveedores de servicios de salud y las empresas asociadas, así como para mejorar la coordinación de la atención en todo el sistema sanitario.

La estrategia de salud de Bermudas para el período 2014-2019 tiene como objetivo establecer un sistema electrónico integrado de datos de salud que sea común para el sector público y el sector privado e incluya a los laboratorios y los establecimientos de diagnóstico.

En esta estrategia de salud también se prevé un mayor control regulatorio de las tecnologías sanitarias, incluidos los equipos terapéuticos y de diagnóstico de alto costo, para garantizar que se usen de una manera costoeficiente.

PUNTOS ADICIONALES

En el 2008 se formuló una estrategia nacional de promoción de la salud denominada Well Bermuda, el primer esfuerzo concertado emprendido en el archipiélago para crear un método conjunto de promoción de la salud y tener una visión común para los promotores de salud de todos los sectores.

Asimismo, la estrategia de salud de Bermudas para el período 2014-2019, formulada con la visión de "personas sanas en comunidades sanas", tiene como objetivo proporcionar un marco para reestructurar el sistema de salud con el fin de mejorar la calidad de la atención de salud, aumentar el acceso a los servicios y contener los costos de la atención de salud.

En julio del 2016, ley para el control del tabaco del 2015 reemplazó la ley (de salud pública) de productos de tabaco de 1987. Esta ley tiene por objeto proteger a los niños de los productos de tabaco, fortalecer las disposiciones que controlan el consumo de tabaco, y controlar la venta y el uso de cigarrillos electrónicos y papel de fumar para reducir la exposición a los factores de riesgo de enfermedades crónicas.



BOLIVIA (ESTADO PLURINACIONAL DE)

INDICADORES BÁSICOS SELECCIONADOS

1990-2015

	Valor 1990	Valor y año	Variación (%)
Ingreso nacional bruto, paridad de poder adquisitivo (PPA, US$ per cápita)	...	6 290 (2014)	...
Índice de desarrollo humano	0,535	0,662 (2013)	23,6
Promedio de años de escolaridad	6,4	8,2 (2014)	28,1
Población que usa instalaciones de agua potable mejoradas (%)	68,0	90,0 (2015)	32,4
Población que usa instalaciones de saneamiento mejoradas (%)	28,0	50,0 (2015)	78,6
Esperanza de vida al nacer (años)	58,8	69,1 (2013)	17,5
Mortalidad infantil (por 1 000 nacidos vivos)	84,6	44,0 (2013)	-48,0
Mortalidad materna (por 100 000 nacidos vivos)	...	160,0 (2013)	...
Incidencia de tuberculosis (por 100 000 habitantes)	251,0	76,5 (2013)	-69,5
Mortalidad por tuberculosis (por 100 000 habitantes)	7,9	4,0 (2013)	-49,4
Cobertura de inmunización contra el sarampión (%)	53,0	95,0 (2015)	79,2
Cobertura de atención del parto por personal cualificado (%)	...	72,8 (2015)	...



Población en 1990 (millones)	6,9
Población en el 2015 (millones)	10,9
Variación (%)	58,8



Bolivia se encuentra en el centro-oeste de América del Sur; limita con Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Perú. Se extiende por una superficie de 1 098 581 km², que comprende las zonas andina y subandina y los llanos. Administrativamente se organiza en 9 departamentos, 112 provincias y 339 municipios, con 36 naciones reconocidas constitucionalmente.

La población en el 2015 fue 10,9 millones de habitantes. Su estructura sigue siendo expansiva, aunque más lenta en los menores de 15 años.

La evolución de los indicadores básicos seleccionados entre 1990 y el 2015 reflejan un mejoramiento general tanto socioeconómico como sanitario, alcanzando un índice de desarrollo humano de 0,662 en el 2014.

Desde el 2006 ha logrado un crecimiento económico de 4,9% anual en promedio. En la actividad productiva destacan las manufacturas, la extracción de minas y canteras, la agricultura, la silvicultura, la caza y la pesca.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

La pobreza extrema disminuyó de 37,7% en el 2007 a 17,3% en el 2014, aunque en las zonas rurales alcanzaba 36,1%. Entre el 2001 y el 2014, el desempleo urbano disminuyó de 8,5% a 2,3% y la población en edad productiva alcanzó 60% de empleo.

Los planes de desarrollo aplicados desde el 2006 han contribuido al crecimiento económico y social. Estos planes se basan en un modelo económico social comunitario productivo. Se fortaleció la industria y el empleo, con una mejor distribución de ingresos y reducción de la pobreza.

De la población indígena, 45% vive en zonas rurales, donde se concentra una alta vulnerabilidad social. La migración indígena hacia ciudades genera una importante desigualdad en las condiciones económicas y sociales, y se observa un menor acceso a los servicios básicos de calidad.

En el 2015, 90% de la población tenía acceso a agua mejorada y 84% a agua corriente en el hogar (97% en zonas urbanas y 76% en las rurales). Alrededor de 50% de la población tenía acceso a instalaciones mejoradas de saneamiento (cerca de 63% en las zonas urbanas y 43% en las rurales).

El país está expuesto a diversos y frecuentes tipos de desastres naturales, como inundaciones, deslizamientos, sequías, nevadas, vientos huracanados, granizadas e incendios forestales.

SITUACIÓN DE LA SALUD Y DEL SISTEMA DE SALUD

Alrededor del 2013, la razón de mortalidad materna fue de 160 muertes por 100 000 nacidos vivos, más de la mitad de ellas causadas por hemorragias. La cobertura del parto y del control prenatal en el 2015 fue de 87,5% y de 75%, respectivamente.

En el 2013, la tasa de mortalidad infantil fue de 44 por 1 000 nacidos vivos. En el 2015, la cobertura de vacunación en menores de un año incluyó la vacuna BCG contra la tuberculosis (98,7%), la tercera dosis de vacuna pentavalente (88,4%) y la vacuna triple viral (79,6%). En el 2012, la desnutrición crónica fue de 18,5% en los menores de 3 años.

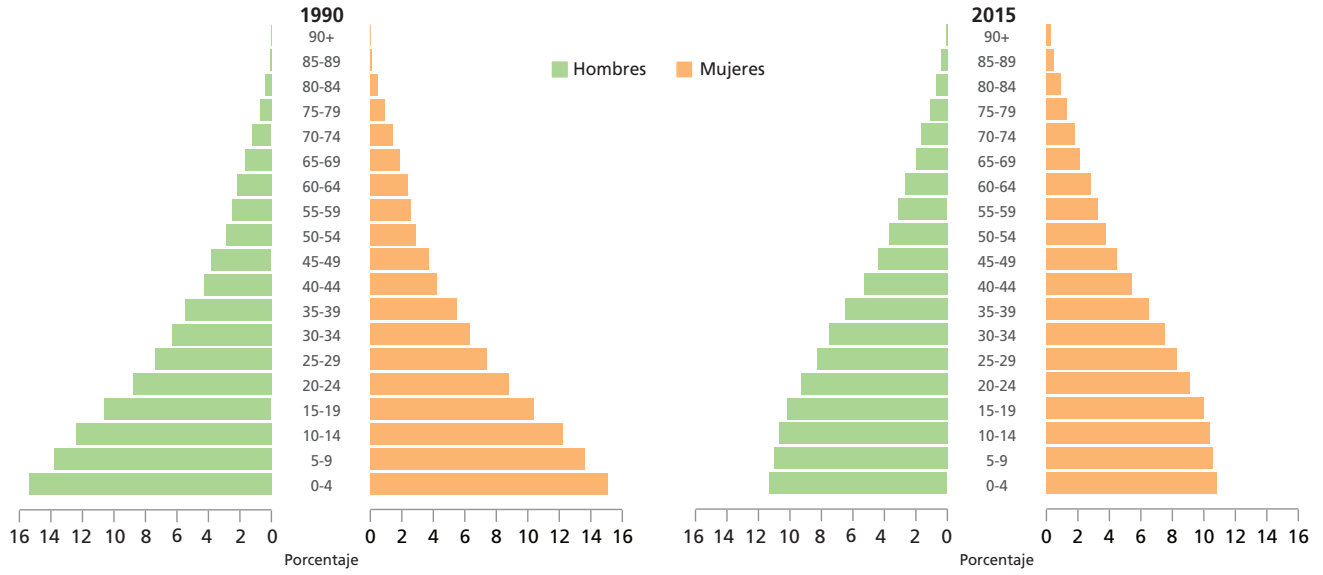
No se reportan casos confirmados de poliomielitis desde 1989, de sarampión desde el 2001, ni de rubéola desde el 2006. En el 2010 se confirmaron cuatro casos de difteria.

No se dispone de información actualizada sobre la mortalidad general. En el 2003, se encontró en una muestra de defunciones que 45% correspondían a muertes por signos y síntomas no clasificados en otras categorías, 12% a causas externas y 10% a enfermedades del sistema circulatorio.

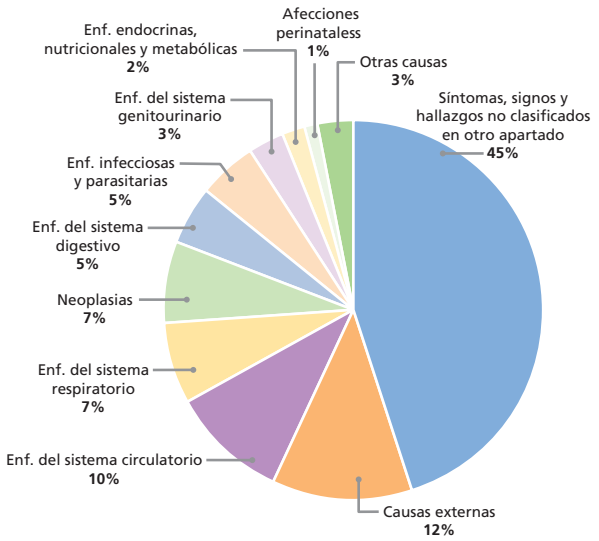
Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, las muertes ocurridas en el 2012 se debieron en 28% de los casos a afecciones maternas, infantiles y nutricionales; 24%, enfermedades cardiovasculares; 18%, otras enfermedades crónicas no transmisibles; 13%, traumatismos; 10%, cáncer; 4%, diabetes; y 3%, enfermedades respiratorias crónicas.

Existen condiciones favorables para la reproducción de vectores en las extensas zonas tropicales. El registro de casos de malaria se redujo en 56% entre el 2000 y el 2010.

Estructura de la población según edad y sexo, Bolivia, 1990 y 2015



Mortalidad proporcional (% defunciones totales, todas las edades, ambos sexos), 2003



Dicha mejora se debió a la introducción de medicamentos combinados de la artemisinina (ACT) y al uso en gran escala de mosquiteros impregnados que permitió al país entrar en fase de eliminación de *falciparum*.

En el 2014 se registraron 22 846 casos sospechosos de dengue. Después de la promulgación de la Ley de Chagas en el 2006, se han mejorado las medidas de control, certificándose la interrupción de la transmisión vectorial de *Trypanosoma cruzi* intradomiciliar a la población en riesgo.

En diciembre del 2015 se registraron los primeros dos casos de infección por virus del Zika. En noviembre del 2016 se registraron 156 casos confirmados. También se registraron 13 casos de síndrome del Zika congénito. En el 2010, se registró una tasa de 17,4 casos por 100 000 habitantes de leishmaniasis cutánea en siete de los nueve departamentos del país y en el 2016 se reportaron casos esporádicos de leishmaniasis visceral en humanos y perros.

En el 2014, la prevalencia estimada de portadores de virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) era de 1,5 casos por 1 000 habitantes. De las transmisiones, 96% fueron por vía sexual. La sífilis afecta a 7,2% de las mujeres embarazadas y a 11 por 1 000 recién nacidos vivos.

La incidencia de tuberculosis en el 2014 fue de 70,8 casos por 100 000 habitantes.

Según la OMS, las enfermedades crónicas no transmisibles afectan a 59% de la población y la probabilidad de morir por esta causa en personas de 30 a 70 años es de 18%.

En el 2012, el tipo de cáncer más frecuente en los hombres fue el de próstata (17,0%), y en las mujeres fueron el cervicouterino (21,2%) y el de mama (7,5%).

En el 2012, la prevalencia de sobrepeso y obesidad alcanzó a 8,5% de los niños menores de 5 años.

En el 2011, 30% de la población era fumadora (42% en hombres y 18% en mujeres). El consumo per cápita anual de alcohol era de 5,9 litros (9,1 en hombres y 2,7 en mujeres). En el 2010, 3,8% de la población consumía marihuana.

El sistema de salud está formado por entidades del sector público y privado que cumplen funciones de rectoría, financiamiento, aseguramiento, compra y prestación de atención de salud.

El Ministerio de Salud se encarga de la gestión normativa para todo el país y los Servicios Departamentales de Salud (SEDES) son los administradores de los departamentos.

Las redes de salud cuentan con establecimientos de primer y segundo nivel de atención. La medicina tradicional boliviana constituye un importante componente del sector y en la última década ha sido reconocida y articulada en el Sistema Nacional de Salud.

El gasto total en salud representaba 6,7% del producto interno bruto (PIB) en el 2014. El gasto público concentra 70,8% del gasto total de la salud. Este se distribuye en 44,9% para el sector público y 25,9% para la seguridad social.

En el 2016 existían 3 857 establecimientos de primer nivel, 221 hospitales de segundo nivel y 66 hospitales de tercer nivel. De los establecimientos, 83% son del sector público, 6% pertenecen a la seguridad social, 3% a organizaciones no gubernamentales y 8% al sector privado.

En el 2015, la seguridad social cubría a 37% de la población del país, mientras que 28% estaba cubierta por el sector público. Se estima que el sector de medicina tradicional atiende aproximadamente a 10% de la población.

En el 2015, existían 12 profesionales de salud por 10 000 habitantes. Del personal, 8% eran médicos especialistas; 16%, médicos generales; 4%, licenciadas de enfermería; 8%, otros profesionales de la salud; 24%, auxiliares de enfermería; y 40%, otro tipo de personal. En el nivel primario de atención trabajaba 56% de los médicos. Por otro lado, se habían registrado 4 456 médicos tradicionales, entre ellos 1 433 naturistas tradicionales, 490 parteros y 2 535 médicos tradicionales.

La información rutinaria de salud es recogida, procesada, analizada y notificada por el Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica.

El Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural tiene por objetivo eliminar la exclusión social sanitaria, incrementar la participación social, integrar los servicios con

las personas, las familias y las comunidades, y revalorizar la medicina tradicional, contribuyendo así a mejorar las condiciones de vida de la población.

El proyecto Mi Salud, establecido por el Ministerio de Salud para mejorar el primer nivel de atención, es la principal medida de esta política para lograr la cobertura universal de salud.

LOGROS, DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS

El país ha tratado de consolidar paulatinamente las políticas de salud, económicas y sociales, en línea con las reformas y avances legales logrados desde el 2006.

En el 2016 se estableció el Plan de Desarrollo Económico y Social para Vivir Bien 2016-2020, que fija resultados y acciones en materia de salud.

El país continúa enfrentando la persistencia de la desnutrición crónica, la mortalidad materna e infantil, y las enfermedades transmisibles y crónicas no transmisibles.

Se espera continuar avanzando en la salud maternoinfantil, en el tratamiento de la tuberculosis, en la infección por el VIH, en la enfermedad de Chagas, y en la mejora de los sistemas de información en salud.

Se trabaja para una mejor protección de la población frente a los efectos del cambio climático y los desastres naturales, así como su impacto en salud.

En coherencia con el abordaje integrado del Gobierno sobre los problemas de desarrollo y equidad, se han creado condiciones para implementar la agenda de desarrollo sostenible.

PUNTOS ADICIONALES

El Plan de Desarrollo Económico y Social 2016-2020 incluye el Pilar 3, "Salud, educación y deporte". Entre sus objetivos está contribuir a la salud integral y universal, articulada con el acceso al deporte, para ayudar a una mejor salud de la población.

De entre la aplicación paulatina de las políticas de salud, económicas y sociales, destaca la consolidación de la política de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural, mediante el sostenimiento y afianzamiento del programa Mi Salud.

Dicho programa fue establecido por el Ministerio de Salud para mejorar el primer nivel de atención. Tiene presencia en 307 de los 339 municipios y en 25 comunidades indígenas del país, a través de acciones de promoción y prevención tanto individuales como comunitarias.

Ese programa ha contado con la aportación de 2 710 médicos y la prestación de 9,7 millones de actos de atención entre el 2013 y el 2016. Dicho programa ha contribuido a reducir las desigualdades de acceso a la salud en los sectores más carenciados.

Se espera lograr que los principios de prevención, atención de calidad y participación ciudadana del programa Mi Salud se extiendan a todos los actores de las redes de salud.

También ha sido importante la aplicación de la política nacional de desarrollo de recursos humanos en salud desde el 2009, en línea con las políticas nacionales y sectoriales de salud.

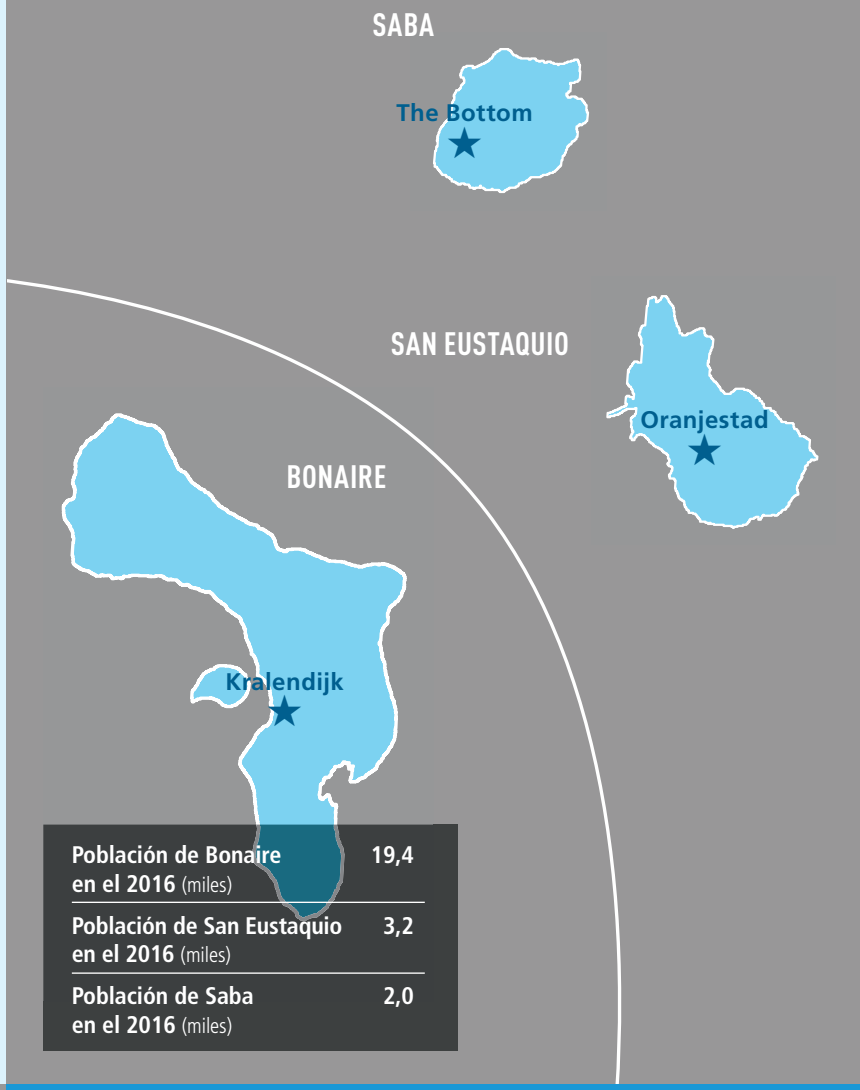


BONAIRE, SAN EUSTAQUIO Y SABA

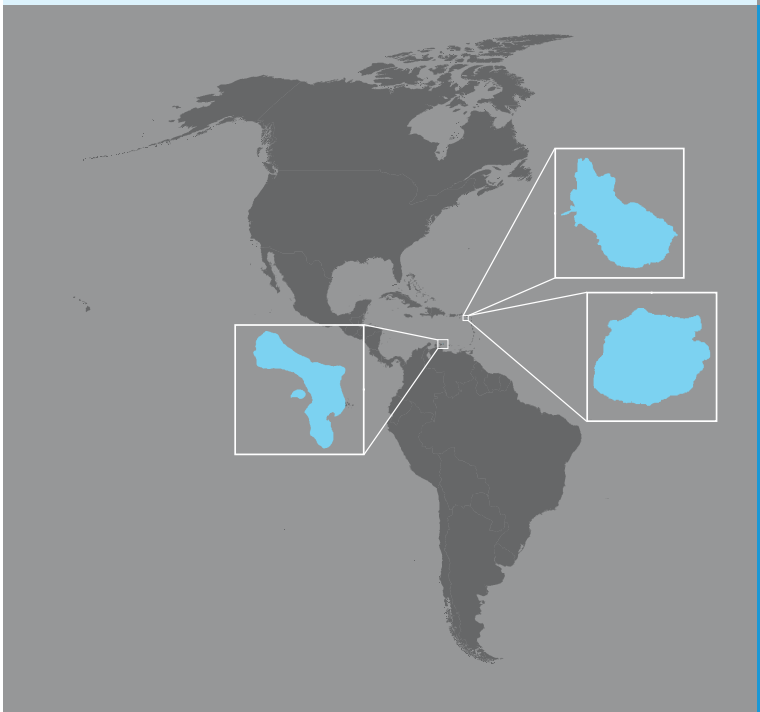
INDICADORES BÁSICOS SELECCIONADOS

2013-2016

	Año	Bonaire	San Eustaquio	Saba
Superficie (km²)	2016	288,0	21,0	13,0
Densidad de población (habitantes,/km²)	2016	67,0	152,0	150,0
Inmigración registrada (n)	2015	1 235	170	358
Emigración registrada (n)	2015	829	849	394
Nacidos vivos	2015	160	36	11
Muertes	2015	102	11	16
Esperanza de vida al nacer (años)	2013	80,2	80,2	80,2
Producto interno bruto per cápita (miles)	2014	21,6	25,3	25,1
Hogares (miles)	2014	6,8	1,1	0,7
Ingreso medio anual de hogares (US$ miles)	2014	23,4	26,9	25,3
Salud buena o muy buena reportada (%)	2013	70,0	80,0	80,0
Diabetes (%)	2013	8,0	10,6	7,7
Hipertensión (%)	2013	18,5	20,6	1,4
Sobrepeso (%)	2013	35	30	30
Obesidad (%)	2013	25	30	33



Población de Bonaire en el 2016 (miles)	19,4
Población de San Eustaquio en el 2016 (miles)	3,2
Población de Saba en el 2016 (miles)	2,0



Las islas de Bonaire, San Eustaquio y Saba se ubican en el Caribe y constituyen municipios especiales de los Países Bajos desde el 2010, con la transferencia de las responsabilidades de la administración pública del Gobierno de las Antillas Holandesas al de los Países Bajos.

Como resultado de este cambio, todos sus residentes pudieron acceder a nuevos beneficios sociales y de salud que son similares para las tres islas. El Ministerio de Salud, Bienestar y Deporte establece la política de atención de salud para Bonaire, San Eustaquio y Saba. En el 2012, los costos totales de salud, para las tres islas, fueron alrededor de US$ 102 millones.

En este resumen se presentan las condiciones particulares de determinantes sociales y de salud existentes en cada municipio y también se exponen las características del sistema de salud, que es común para las tres municipalidades, con similares logros, desafíos y perspectivas.

BONAIRE

INTRODUCCIÓN

Bonaire se encuentra a 70 km de la costa de Venezuela y tiene una superficie de 288 km^2. Entre el 2011 y el 2016, su población aumentó 23% debido a la inmigración, alcanzando 19 408 habitantes en el 2016.

La estructura de la población se concentra en torno a los 50 años de edad. En el 2016, 37% de los residentes habían nacido en la isla. El resto procede de Curaçao (18%), Aruba (2%), los Países Bajos continentales (14%) y América Latina (18%). La esperanza de vida estimada en estos municipios es de 80,2 años.

El crecimiento económico en el 2014 fue de 1,6%, con un producto interno bruto (PIB) nacional estimado en US$ 403 millones. Los principales sectores de actividad económica son la gubernamental, el inmobiliario, los servicios financieros y el turismo.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

En el 2014, el ingreso promedio de los hogares era de US$ 30 700. La mediana de ingreso era de US$ 23 400, pero fluctuaba, entre los hogares con mayor y menor cuartil, entre US$ 56 800 y US$ 7 500, respectivamente.

La población en edad de trabajar, de 15 a 74 años de edad, suma 14 500 personas. La tasa de empleo era 68,9% y el desempleo, 6,4%.

La isla cuenta con siete escuelas de educación primaria y una de educación secundaria.

En el 2015, los delitos disminuyeron con respecto al 2013. Así, el número de delitos violentos pasó de 116 a 87, y el de delitos sexuales descendió de 19 a 6.

SITUACIÓN Y TENDENCIAS SANITARIAS

En el 2013, 70% de la población de 15 años de edad o más calificaba su salud como buena o muy buena.

Entre octubre y noviembre del 2016 se confirmaron 60 casos de infección por virus del Zika (sin casos en embarazadas), 45 casos probables y confirmados de dengue (22 mujeres y 23 hombres) y 37 casos confirmados de virus chikunguña (23 en mujeres y 14 en hombres).

Casi 80% de la población de 15 años o más reportó haber consultado a un médico general en el año previo al estudio. Un poco más de la mitad de los residentes visitó a su dentista al menos una vez al año.

El sobrepeso estaba presente en 35% de la población en el 2013, y una cuarta parte tenía sobrepeso grave. El mismo estudio informó que 8% de la población sufría diabetes (6,8% de los hombres y 9,3% de las mujeres). El 18,5% de la población refería tener antecedentes de hipertensión arterial durante los doce meses anteriores (14,9% de hombres y 22,7% de mujeres) y 4,4% indicó haber sido afectada por alguna enfermedad cardíaca (4,6% de hombres y 4,2% de mujeres). La población que reportó no tener trastornos de salud fue de 48,1% (57,2% de hombres y 37,8% de mujeres).

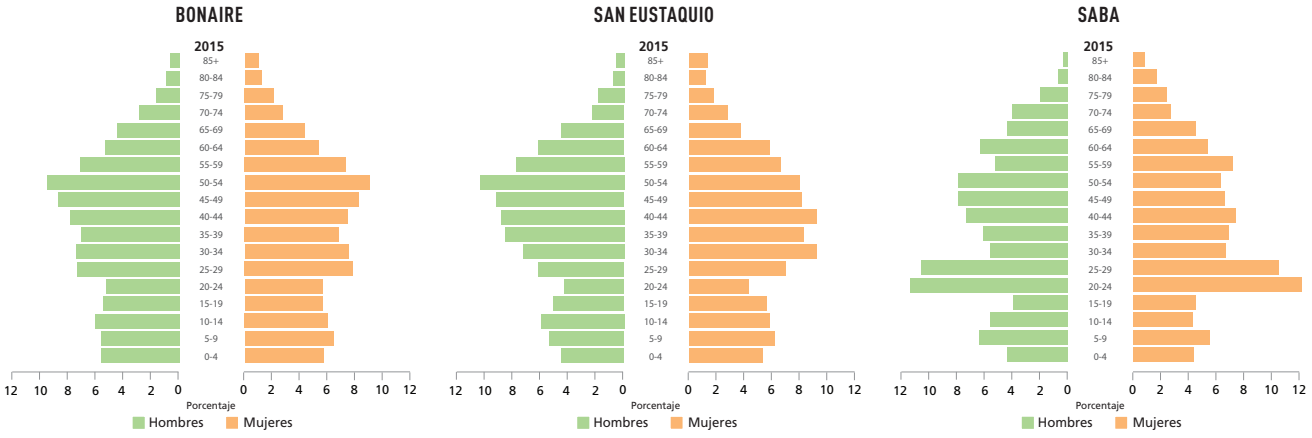
SAN EUSTAQUIO

INTRODUCCIÓN

Se ubica en las islas de Sotavento, en el mar Caribe, entre Saint Kitts y Anguila, con una superficie de 21 km^2.

En el 2016, su población era de 3 200 habitantes (800 personas menos que en el 2014), de los que 79% tenía nacionalidad holandesa. La estructura de población está influida por la migración tanto positiva como negativa, que aporta mayor concentración en torno a edades en condición laboral.

Estructura de población según edad y sexo, Bonaire, San Eustaquio, y Saba, 2015



Los habitantes nacidos en la isla alcanzan 34%, 11% de ellos son nacidos en San Martín, 9% en Curaçao o Aruba y 6% en los Países Bajos continentales. La mayor parte de la población (68%) es multilingüe: 85% habla inglés como primer idioma, 6% holandés y 7% español. Entre el 2014 y enero del 2016 la población de San Eustaquio disminuyó 21%.

El producto interno bruto per cápita fue de US$ 25 100 en el 2014.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

En el 2014, el salario promedio anual era de US$ 33 340. En San Eustaquio, la desigualdad de ingresos es la mayor entre los tres municipios insulares, con ingresos medianos disponibles en el cuartil más alto de ganancias de US$ 64 000, en comparación con US$ 8 000 para el cuartil más bajo.

En el 2015 se registraron 26 delitos violentos, entre ellos 10 delitos sexuales. Los delitos contra la propiedad se redujeron de 19 en el 2013 a 8 en el 2015.

SITUACIÓN Y TENDENCIAS SANITARIAS

Entre octubre y noviembre del 2016 se confirmaron 16 casos de infección por el virus del Zika (sin casos en embarazadas).

En el 2013, el porcentaje de población de 15 años de edad o más que calificaba su salud de buena o de muy buena alcanzaba 80%. La población con sobrepeso moderado era de 30% y obesa, 30%.

La prevalencia de diabetes alcanzaba 10,6% de la población (8,7% en hombres y 13% en mujeres). La población que reportó hipertensión en el último año fue 20,6% (15,3% en hombres y 27,5% en mujeres). Las personas que reportaban no tener trastornos de salud era de 52,2% (58,1% en hombres y 44,7% en mujeres).

La mayoría de la población (71,7%) había visitado a un médico general en el año anterior a la encuesta, y un poco menos de la mitad (47,6%) se había puesto en contacto con un especialista. La mitad de los residentes habían visitado a un dentista al menos una vez en el último año.

SABA

INTRODUCCIÓN

También se encuentra en las islas de Sotavento, ocupando una superficie de 13 km^2. En el 2016, su población era de casi 2 000 habitantes. La estructura de población está influida por una migración tanto positiva como negativa, concentrada en torno a edades en condición laboral.

Entre el 2014 y el 2016, la población aumentó 5%, pasando a sumar 136 personas más. La población se distribuye por igual entre hombres y mujeres.

Los residentes nacidos en Saba alcanzan 28%; 14% nacieron en San Martín; 5%, en Aruba y Curaçao, y 5% en el los Países Bajos continentales; 60% de la población tiene nacionalidad holandesa.

El producto interno bruto per cápita fue de US$ 25 100 en el 2014. Los principales impulsores de la economía son el turismo, la universidad, la pesca y las inversiones en infraestructura.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

El salario promedio anual en el 2014 era de US$ 25 300 y la tasa de desempleo, de 2,5%. La mediana de ingresos de los hogares era de US$ 25 300, pero fluctuaba entre los hogares con mayor y menor cuartil, entre US$ 54 100 y US$ 8 800, respectivamente.

Más de 24% de la población no está buscando empleo o no puede trabajar debido a su nivel de escolaridad. Los hogares de una sola persona alcanzaban 53% y 20% son parejas sin hijos.

Hay una escuela primaria y otra escuela secundaria financiadas por el Gobierno. La universidad de la isla es la Escuela de Medicina de la Universidad de Saba, que ofrece un programa de estudios básico de ciencias de 10 semestres.

Los motores económicos de Saba son el turismo, la Escuela de Medicina de la Universidad de Saba y la pesca. En el 2015 la economía registró un crecimiento como resultado del buen rendimiento de esos tres sectores.

Hay varios proyectos dirigidos a mejorar el suministro de agua de Saba, que se hace crítico en períodos de sequía, como la construcción de nuevas cisternas y tuberías.

SITUACIÓN Y TENDENCIAS SANITARIAS

Entre octubre y noviembre del 2016, se confirmaron 10 casos de infección por virus del Zika (sin casos en embarazadas).

En el 2014, el porcentaje de la población de 15 años de edad o más que reportaba una salud buena o muy buena alcanzaba 80%. La población con sobrepeso moderado era 30% y 33% eran obesos.

La prevalencia de diabetes alcanzaba a 7,7% de la población; el porcentaje de población que reportó hipertensión en el último año fue de 15,4% (15,2% de hombres y 15,5% de mujeres). El porcentaje de personas que reportaron no tener trastornos de salud fue de 62,2% (68,9% de hombres y 55,4% de mujeres).

La población que había consultado a un médico de cabecera en el año anterior alcanzó 72% y 32,9% había consultado a un especialista. La mitad de los habitantes había visitado a su dentista en el último año.

SITUACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD DE LOS TRES MUNICIPIOS

La política sanitaria de los tres municipios está determinada por el Ministerio de Salud, Bienestar y Deporte. Todos los residentes legales tienen acceso al seguro general de salud obligatorio, que entró en vigor a principios del 2011, reemplazando a las regulaciones existentes y a los seguros privados.

Este sistema de seguro, conocido como ZVK, proporciona cobertura médica y atención a largo plazo, con atención de médicos generales y especialistas, hospitalaria, paramédica, materna y obstétrica, farmacéutica y dental, incluyendo además el transporte del paciente.

La atención a largo plazo, incluida la atención domiciliaria, está disponible para los ancianos y personas con discapacidad. Si la atención especializada no se ofrece en los municipios, se proporciona un transporte para llevar a los pacientes hacia Colombia.

Los costos totales de salud de los tres municipios alcanzaron US$ 102 millones en el 2012, y representaban un gasto en salud de US$ 4 834 per cápita. El seguro ZVK se financia a través del impuesto sobre la renta personal (alrededor de US$ 65 millones) y del pago de los empleadores (cerca de US$ 37 millones). El gobierno holandés financia todos los déficits, de acuerdo con el Decreto de Seguros BES del 2010.

Se han adoptado otras medidas políticas de salud desde el 2010. Entre ellas, por ejemplo, se realiza un cribado (*screening*) para detectar 17 tipos de trastornos en los recién nacidos, tomando muestras de sangre que se envían a los Países Bajos. Además, el Parlamento holandés concedió un aumento de la duración del permiso de maternidad de 12 a 16 semanas.

LOGROS, DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS

Los municipios cuentan con un relativo buen nivel de desarrollo socioeconómico y sanitario, reflejado por el producto interno bruto per cápita de entre US$ 21 600 y US$ 25 300, una economía activa y una esperanza de vida al nacer de 80,2 años.

A ello se suman los nuevos y mayores beneficios de acceso al sistema de seguro y asistencia de salud, así como a la educación, a las viviendas sociales y al agua potable. Dicho acceso ha sido favorecido por el cambio de dependencia administrativa del Gobierno de los Países Bajos.

La cantidad y estructura de la población de estos municipios no sigue una evolución de crecimiento natural, sino que está activamente influida por la compleja dinámica de inmigración y emigración, desde y hacia muy diversos países. Esto puede generar un posible impacto en los distintos sectores de la economía y la vida nacional, incluyendo la situación y la atención de salud.

Con el nuevo sistema de seguro, el financiamiento permite mayor cobertura del seguro y acceso a diversas actividades asistenciales, en beneficio de la población.

También se mantiene el desafío de armonizar los niveles de aseguramiento entre las tres islas y lograr una adecuada complementariedad de servicios de salud entre ellas y los países cercanos, asegurando el acceso oportuno a los servicios de salud con diverso grado de especialización.

PUNTOS ADICIONALES

El cambio de administración pública de los municipios desde las antiguas Antillas Neerlandesas a los Países Bajos en el 2010 ha significado una serie de mayores beneficios relacionados con determinantes sociales y salud.

Desde el 2010 se cuenta con acceso a un sistema universal de seguro médico, una mejor atención médica y educación, viviendas sociales para los residentes de bajos ingresos y un mejor acceso al agua potable.

Desde el 2011, todos los residentes legales tienen acceso al seguro general de salud obligatorio, que reemplazó a todas las regulaciones y los seguros privados existentes hasta ese momento. Este seguro proporciona cobertura médica y atención a largo plazo, incluida la atención de médicos generales y especialistas, junto a atención hospitalaria, paramédica, materna y obstétrica, farmacéutica, dental y el transporte de pacientes.

La atención a largo plazo, incluida la atención domiciliaria, está disponible para las personas ancianas y con discapacidad. En los casos en que se necesite un nivel de atención de mayor complejidad, se proporciona transporte para traslados médicos a Colombia.



BRASIL

INDICADORES BÁSICOS SELECCIONADOS

1990-2015

	Valor 1990	Valor y año	Variación (%)
Ingreso nacional bruto, paridad de poder adquisitivo (PPA, US$ per cápita)	...	15 570 (2014)	...
Índice de desarrollo humano	0,611	0,755 (2013)	23,6
Promedio de años de escolaridad	3,8	7,3 (2014)	91,3
Población que usa instalaciones de agua potable mejoradas (%)	89,0	98,0 (2015)	10,1
Población que usa instalaciones de saneamiento mejoradas (%)	67,0	83,0 (2015)	23,9
Esperanza de vida al nacer (años)	66,5	75,0 (2013)	12,8
Mortalidad infantil (por 1 000 nacidos vivos)	51,4	14,1 (2013)	-72,6
Mortalidad materna (por 100 000 nacidos vivos)	...	58,2 (2013)	...
Incidencia de tuberculosis (por 100 000 habitantes)	84,0	35,9 (2013)	-57,3
Mortalidad por tuberculosis (por 100 000 habitantes)	5,4	2,2 (2013)	-59,3
Cobertura de inmunización contra el sarampión (%)	78,0	96,0 (2015)	23,1
Cobertura de atención del parto por personal cualificado (%)	...	98,4 (2015)	...



Población en 1990 (millones)	150,4
Población en el 2015 (millones)	204,4
Variación (%)	35,9



Brasil tiene una población de 204,4 millones de habitantes y una extensión superior a los 8 500 000 km². Se divide políticamente en 26 estados y un Distrito Federal, con 5 570 municipios. Los estados se organizan en cinco regiones geográficas.

Entre 1990 y el 2015 la población creció 35,9%. En 1990 su estructura era expansiva y ha adquirido una forma regresiva.

La esperanza de vida era en el 2013 de 74,8 años (78,5 años en las mujeres y 71,3 años en los hombres).

En el 2014, el gasto en salud representó 6,7% del gasto total del Gobierno. Una cuarta parte de todos los gastos en salud correspondió a los gastos de bolsillo.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Entre el 2000 y el 2013, el producto interno bruto (PIB) per cápita aumentó 29%, con una disminución de la brecha entre quintiles extremos, gracias al aumento de los ingresos del quintil más pobre, que fue tres veces mayor al del quintil más rico. El coeficiente de Gini se redujo de 0,553 a 0,497.

La tasa de desempleo disminuyó de 10,2% a 7,1% entre el 2000 y el 2013, pero, como resultado de la crisis económica y social de los años sucesivos, el mercado laboral acusó un impacto negativo y el desempleo aumentó a 11,3% en el 2016, y presentó una significativa disminución de los ingresos.

La población indígena brasileña, compuesta por 305 etnias, ascendía a 896 900 personas en el 2010.

El número de inmigrantes se duplicó entre el 2010 y el 2015, provenientes principalmente de Haití, Bolivia, Colombia, Argentina y China.

Entre el 2001 y el 2012, más de 17 millones de domicilios pasaron a disponer de cañerías, alcanzando una cobertura sanitaria de 66,7%. Al sumar los pozos sépticos, se cubrió 78,6% del total de las residencias. El acceso a agua potable aumentó de 81,1% a 86,4% en el mismo período.

En los últimos años ha habido tornados, inundaciones, crisis de agua y deslizamientos de tierras, entre otros desastres naturales, que han afectado a la situación de salud del país.

Brasil es el país con el mayor consumo de agrotóxicos. En el período entre el 2008 y el 2013 se observó un incremento de 3,70 a 6,26 intoxicaciones por 100 000 habitantes.

El número promedio de años de estudio aumentó en todos los grupos etarios. La tasa de analfabetismo en la población mayor de 15 años disminuyó de 13,6% a 8,3% entre el 2000 y el 2013.

SITUACIÓN DE LA SALUD Y DEL SISTEMA DE SALUD

Entre el 2000 y el 2014, se registró un aumento del control prenatal de 43,7% a 64,6%, con 98,4% de cobertura de parto hospitalario. De todos los partos, 57,1% correspondieron a cesáreas.

La mortalidad materna disminuyó de 73,3 a 58,2 por cada 100 000 nacidos vivos en el período 2000-2013.

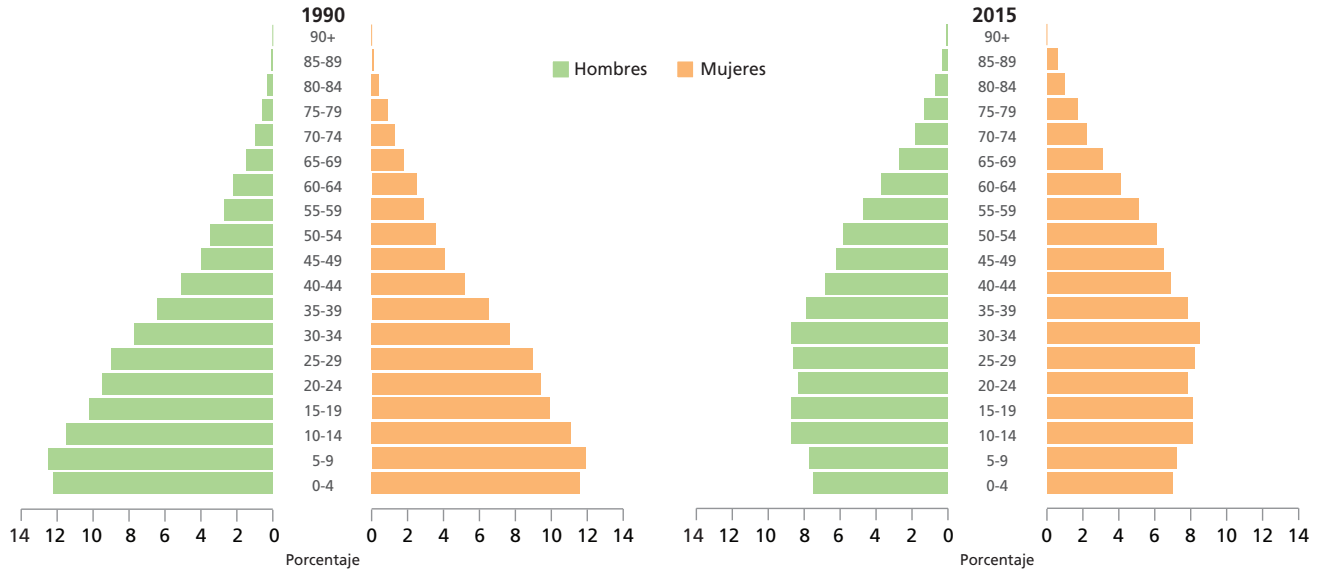
Entre el 2000 y el 2014, la mortalidad infantil se redujo de 16,0 a 14,1 por 1 000 nacidos vivos. La mortalidad de menores de 5 años descendió de 32,0 a 16,3 por 1 000 nacidos vivos.

A pesar de que hubo un brote de sarampión en los estados de Pernambuco y Ceará (2013-2014), se logró eliminar el sarampión y la rubéola, erradicar la poliomielitis y reducir la incidencia de difteria, tétanos, tos ferina, rotavirus y enfermedad neumocóccica invasora.

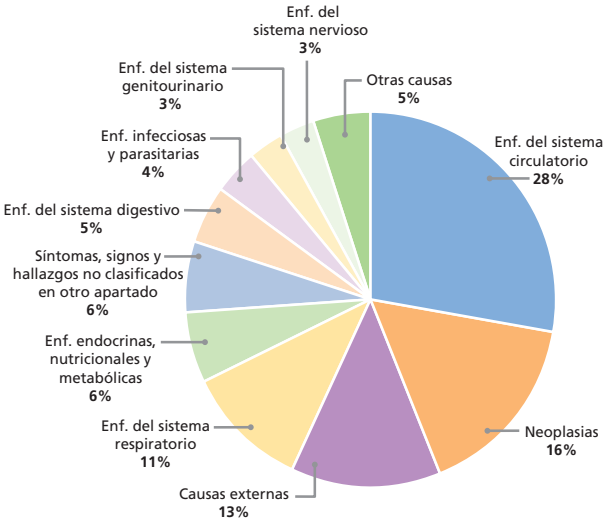
La cobertura de BCG contra la tuberculosis alcanzó 100%, mientras que la de rotavirus y la vacuna neumocócica entre 80% y 90%. Desde el 2014, la vacuna del virus del papiloma humano ha sido incorporada en el programa nacional de vacunación.

Desde la reintroducción del dengue en el país en 1981, se ha registrado una tendencia al aumento de la incidencia de

Estructura de la población según edad y sexo, Brasil, 1990 y 2015



Mortalidad proporcional (% defunciones totales, todas las edades, ambos sexos), 2014



la enfermedad. En el 2014 se detectó la introducción del virus chikunguña, y en el 2015 la del virus del Zika. Ambas arbovirosis emergentes son transmitidas por el mosquito *Aedes aegypti*, al igual que el dengue, presente en todos los estados brasileños.

Los casos de malaria registran un descenso constante; no así el ciclo de transmisión de la fiebre amarilla, con una alta letalidad, y de la enfermedad de Chagas aguda, ambos relacionados con la transmisión vectorial en la Amazonia.

En el 2014, la prevalencia de hanseniasis fue de 1,27 por 10 000 habitantes. La esquistosomiasis aún es endémica en nueve estados, con casos graves y defunciones reportadas.

En el estado de Pernambuco, Recife es la única área con transmisión activa de la filariasis linfática. En la zona yanomami se encuentra un foco conocido de oncocercosis con transmisión activa. Existen 486 municipios endémicos de tracoma inflamatorio, donde la prevalencia en el grupo de 1 a 14 años supera 5%.

En el 2013 se registró una alta carga de tuberculosis con una tasa de incidencia de 35,9 casos por 100 000 habitantes.

Se estima que 734 000 personas sufren infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)/sida en el país. La tasa de prevalencia de la infección por VIH en la población de 15 a 49 años se mantiene estable (0,6% global, 0,4% en mujeres, 0,7% en hombres). Se constata un descenso de la transmisión por contacto en consumidores de drogas inyectables, así como de transmisión vertical.

En el 2014, la tasa de mortalidad general fue de 6,2 muertes por cada 1 000 habitantes (7,8 en los hombres y 4,7 en las mujeres). Las causas específicas más frecuentes fueron las enfermedades cerebrovasculares (46,2 defunciones por 100 000 habitantes), el infarto agudo de miocardio (39,7), las neumonías (31,8), los homicidios (28,1) y la diabetes mellitus (26,7).

En el 2013, 39,3% de la población adulta sufría al menos una enfermedad crónica no transmisible (44,5% de las mujeres y 33,4% de los hombres). La prevalencia de hipertensión arterial es de 21,4%; los problemas crónicos de columna afectan a 8,5%; la depresión, a 7,6%; la artritis, a 6,4%; y la diabetes, a 6,2%.

El mejoramiento del acceso a la salud y de los ingresos ha contribuido a una situación nutricional mejor. Sin embargo, aún hay una alta prevalencia de desnutrición crónica en grupos vulnerables, como los niños indígenas, así como de deficiencias de hierro, vitamina A y vitamina B1, o de tiamina, con el resurgimiento de los casos de beriberi.

En el 2013 se registraron más de un millón de hospitalizaciones por causas externas, que en su mayoría afectaban a hombres de entre 20 y 39 años, con una tasa de mortalidad de 75,5 por cada 100 000 habitantes. Los accidentes viales fueron la primera causa de muerte específica en los grupos de edad de 10 a 14 y de 40 a 59 años.

En el 2013, 6,2% de la población mayor de 18 años reportó algún tipo de discapacidad. La discapacidad visual es la más común (3,6%), seguida de deficiencias físicas (1,3%), auditivas (1,1%) e intelectuales (0,8%).

El consumo de tabaco se redujo de 18,2% a 14,7% de la población entre el 2008 y el 2013. Hasta 13,7% de la población mayor de 18 años había consumido bebidas alcohólicas en exceso en el último mes, una cifra que era tres veces mayor en los hombres.

La prevalencia de obesidad aumentó durante el período 2002-2013, alcanzando 17,5% de la población masculina y 25,2% de la femenina. En cuanto al exceso de peso, suma de sobrepeso y obesidad, alcanza a 57,3% de la población masculina y a 59,8% de la femenina. Hasta 46% de los adultos no realizaba actividad física; en especial destacaba la población femenina y mayor de 60 años.

La gestión del sistema es compartida por el Ministerio de Salud federal, las secretarías estatales de salud y las secretarías municipales de salud.

El financiamiento se obtiene a partir de impuestos y contribuciones de los estados y municipios. Entre el 2000 y el 2013, el gasto total en salud aumentó de 7,2% a 8,0% del PIB (3,8% público) y de US$ 502 a US$ 946 per cápita.

El Sistema Único de Salud (SUS) se creó con la Constitución Federal de 1988, siendo sus principios el acceso universal e integral a los servicios de salud, la promoción de la equidad, la descentralización de la gestión y la participación social.

En el 2016, el Gobierno federal lanzó un nuevo plan Nacional de Salud para el período 2016-2019. El objetivo central del plan es la ampliación y calificación del acceso universal en tiempo oportuno, para contribuir a la mejora de las condiciones de salud, la promoción de la equidad y la calidad de vida de la población. La ampliación de la cobertura de la atención primaria de salud ha sido una importante prioridad en los últimos 20 años, enfocada en la estrategia de Salud de la Familia. Entre el 2000 y el 2015, la proporción de población cubierta por equipos de salud familiar aumentó de 17,43% a 63,72%.

El país cuenta con 1,8 médicos por cada 1 000 habitantes, con una distribución geográfica desigual, ya que se concentran en los grandes centros urbanos, dejando más desprovistos a los municipios de difícil acceso.

LOGROS, DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS

Desde la década del 2000, Brasil ha reducido las desigualdades de su población. Se ha logrado tras la aplicación sostenida de políticas de inclusión social que han incidido en la reducción de la pobreza y en la mejora paulatina de la situación de salud. La disminución de las tasas de mortalidad materna e infantil ha sido el resultado de la mejora de las condiciones sanitarias y sociales.

Se han aplicado medidas que se enfocan en el origen de las desigualdades que configuran determinantes sociales estructurales de salud, incluidas la etnia y el género. Entre estas medidas, destacan la incorporación de la universalidad, la equidad y la integralidad a la política nacional de atención integral de la salud de la mujer, el plan integral contra la feminización de la epidemia de sida y la política nacional de salud integral de la población negra.

Después de la introducción del virus del Zika en el país, ha habido gran preocupación por el síndrome de Guillain-Barré y la microcefalia asociados a esta infección. En el 2015, el Gobierno Federal aportó US$ 200 millones para combatir el *Aedes aegypti* y las enfermedades transmitidas por este mosquito: virus del Zika, dengue y chikunguña. Los resultados están vislumbrándose con el control parcial de la transmisión de estas arbovirosis.

A pesar de los avances logrados en la situación de salud y el sistema sanitario, continúa siendo necesario apoyar la formulación y ejecución de políticas públicas efectivas, integradas, sostenibles y basadas en la atención primaria de salud, además de mejorar las redes y los servicios de salud.

PUNTOS ADICIONALES

El programa Más Médicos, desarrollado junto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) desde el año 2013, ha estado colaborando en la expansión y garantía de acceso de los usuarios al Sistema Único de Salud.

Un total de a 18 240 nuevos médicos han sido destinados a 4 058 municipios y se ha ampliado la oferta de cupos para estudiar medicina (5 306 nuevas vacantes anuales) y de residencia médica (4 742 vacantes), cuyos programas de estudio están reestructurándose.

Se están invirtiendo recursos para la construcción y reforma de 26 000 unidades básicas de salud.

A fin de mejorar el papel de la atención primaria en salud como instancia coordinadora de la red y su resolución, se están aplicando estrategias de atención de equipos de diversas profesiones, lo que ha permitido sumar a los equipos de salud familiar 22 227 equipos de salud bucal y 4 288 núcleos de apoyo a la salud familiar.



CANADÁ

INDICADORES BÁSICOS SELECCIONADOS

1990-2015

	Valor 1990	Valor y año	Variación (%)
Ingreso nacional bruto, paridad de poder adquisitivo (PPA, US$ per cápita)	...	44 350 (2014)	...
Índice de desarrollo humano	0,849	0,913 (2013)	7,5
Promedio de años de escolaridad	10,3	13,0 (2014)	26,3
Población que usa instalaciones de agua potable mejoradas (%)	100,0	100,0 (2015)	0,0
Población que usa instalaciones de saneamiento mejoradas (%)	100,0	100,0 (2015)	0,0
Esperanza de vida al nacer (años)	77,2	82,4 (2013)	6,7
Mortalidad infantil (por 1 000 nacidos vivos)	6,8	4,8 (2013)	-29,4
Mortalidad materna (por 100 000 nacidos vivos)	...	5,8 (2013)	...
Incidencia de tuberculosis (por 100 000 habitantes)	8,4	4,4 (2013)	-47,6
Mortalidad por tuberculosis (por 100 000 habitantes)	0,4	0,2 (2013)	-50,0
Cobertura de inmunización contra el sarampión (%)	89,0	90,0 (2015)	1,1
Cobertura de atención del parto por personal cualificado (%)	...	95,7 (2015)	...





Canadá, el segundo país con la mayor extensión territorial del mundo, se divide en 3 territorios y 10 provincias. El país es miembro de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) y del Grupo de los Siete (G7).

En el 2015 su población era de 35 851 800 millones de personas. En el 2011, 16% de la población era de 65 años y más; 18,9%, rural; 20,69%, inmigrante, y 4,3%, de pueblos aborígenes. Entre el 2010 y el 2012, la esperanza de vida al nacer era de 83,6 años para las mujeres, y 79,4 años para los hombres.

Entre 1990 y el 2015, la población creció en 29,6%. Mientras que en 1990 su estructura era estacionaria por debajo de los 25 años, en el 2015 se observó una tendencia al envejecimiento y una tendencia estacionaria predominante, en relación a la disminución de la fecundidad y la mortalidad.

La economía es la décima más grande del mundo gracias a sus abundantes recursos naturales y al comercio. En el 2013, el producto interno bruto (PIB) per cápita fue de US$ 42 780. El país ha evolucionado hasta convertirse en una sociedad multicultural con una población muy diversa.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

El número de canadienses en familias de bajos ingresos ha descendido a su nivel más bajo en más de dos decenios: de 15,2% en 1996 a 8,8% en el 2011. Entre el 2011 y el 2012, 8% de los hogares informaban inseguridad alimentaria (hasta 22% de los hogares indígenas fuera de las reservas). Las tasas de pobreza, enfermedades crónicas y malas condiciones de vida son mucho más altas en la población de las Primeras Naciones y los inuit.

El estado de salud de la población de las Primeras Naciones e inuit ha mejorado constantemente desde 1980, pero sigue siendo deficiente en comparación con el del resto de los canadienses.

Los esfuerzos para preparar a los canadienses para la adaptación al cambio climático y proteger su salud y bienestar se han centrado en la reducción de los riesgos derivados de las enfermedades infecciosas relacionadas con el clima, los fenómenos meteorológicos extremos, las altas temperaturas y la mala calidad del aire.

Los programas sociales del país contribuyen a asegurar la salud y el bienestar de todos los canadienses; se han asignado fondos para aumentar la clase media y reducir las desigualdades.

SITUACIÓN DE LA SALUD Y DEL SISTEMA DE SALUD

En el 2014, 59,0% de la población de 12 años o más reportó una salud "excelente" o "muy buena", situación que se ha mantenido relativamente estable durante el último decenio.

La tasa de mortalidad en menores de 1 año fue de 4,8 muertes por cada 1 000 nacidos vivo en el 2012. La causa de muerte más frecuente fueron las anomalías congénitas, que se observan en 3% a 5% de los recién nacidos y son responsables de 23,2% de las muertes de neonatos.

Las neoplasias malignas son la principal causa de muerte en Canadá; la tasa de casos nuevos ha aumentado principalmente por el crecimiento y el envejecimiento de la población.

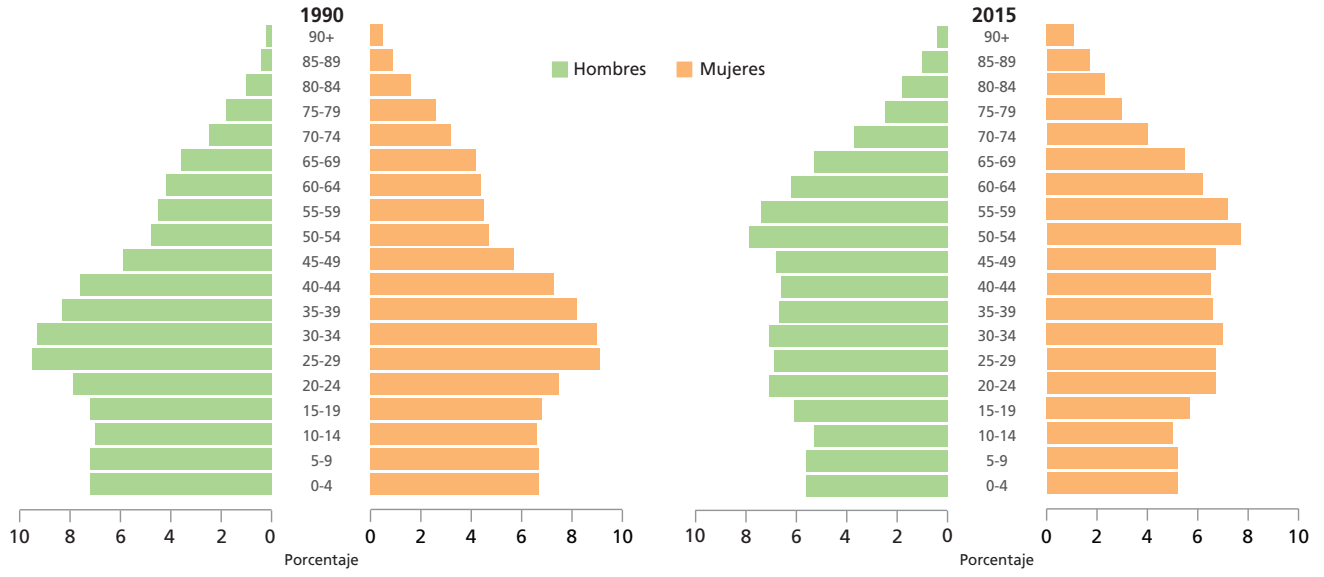
A finales del 2014, 75 500 personas eran portadoras del virus de la inmunodeficiencia humana, y de ellos alrededor de 16 020 desconocían esa condición.

En el 2014 se registraron 1 568 casos de tuberculosis (4,4 casos por 100 000 habitantes). La tasa de incidencia en personas de origen canadiense no indígenas fue de solo 0,6 casos por 100 000 habitantes, pero en personas nacidas en el extranjero y en pueblos indígenas de Canadá alcanzó 13,7 y 20,4 casos por 100 000 habitantes, respectivamente.

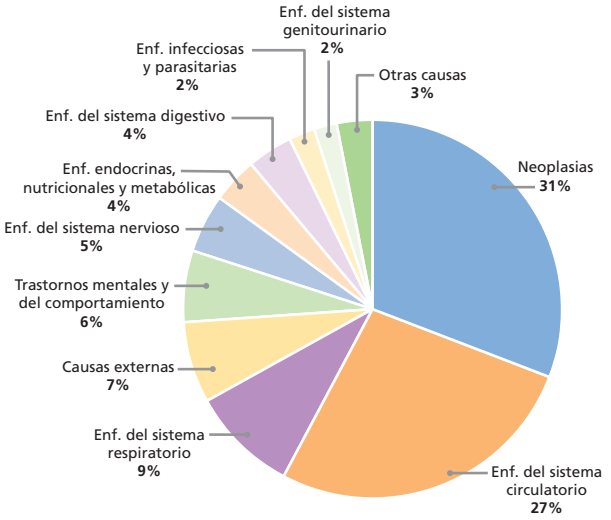
La resistencia a los antimicrobianos constituye una grave amenaza para la población. Entre las medidas gubernamentales adoptadas destaca el plan de acción federal sobre la resistencia y el uso de antimicrobianos (2015), con las medidas concretas que se adoptarán en el período 2016-2019.

Dos de cada cinco habitantes de 12 años o más padecen una o más enfermedades crónicas, siendo la carga de enfermedades crónicas no transmisibles mayor en las poblaciones indígenas. En el 2014, 5% de las personas mayores de 12 años informaron de una enfermedad cardíaca diagnosticada por un profesional de la salud. Uno por ciento informó de efectos de un accidente cerebrovascular, 6% de los hombres y 6% de las mujeres sufrían alguna cardiopatía

Estructura de la población según edad y sexo, Canadá, 1990 y 2015



Mortalidad proporcional (% defunciones totales, todas las edades, ambos sexos), 2011



(incluidos ataques cardíacos, angina e insuficiencia cardíaca congestiva) y 18% sufrían hipertensión o tomaban medicamentos para controlar la hipertensión. Además, 34% de la población reportó sobrepeso y 20%, obesidad.

La prevalencia de diabetes alcanzó a 7,6% en el 2012, con un porcentaje más alto en los mayores de 80 años (26,1%). Los adultos de 20 a 64 años de edad con diabetes tienen cinco años menos de esperanza de vida que los que no la sufren.

En el 2013, 76% de los adultos informó tomar alcohol y 21% lo consumía en nivel de riesgo. El 17% de los adultos mayores de 25 años informó del consumo de tabaco, que sigue siendo la principal causa evitable de muerte prematura en Canadá. El consumo de cannabis en adultos de 25 años o más fue de 8%. Se estima que 0,9% consume cocaína o crack; 0,6%, alucinógenos; 0,4%, éxtasis, y 0,2%, metanfetaminas.

El sobrepeso y la obesidad (según el índice de masa corporal) afecta a alrededor de una tercera parte de los niños y una cuarta parte de las niñas.

El Gobierno federal desempeña un papel importante en áreas relevantes, como la promoción de la salud, la prevención y el control de las enfermedades infecciosas y crónicas, la vigilancia de enfermedades, la preparación y respuesta a las emergencias de salud pública y los brotes de enfermedades, así como la investigación en temas de salud. También es responsable de la protección y regulación de la salud (incluida la regulación de los productos farmacéuticos, los productos biológicos, los alimentos y los dispositivos médicos) y de la seguridad de los consumidores.

Las políticas de salud tienen como objetivo proteger, promover y restaurar el bienestar físico y mental de los residentes de Canadá y facilitar el acceso razonable a los servicios de salud, sin barreras financieras o de otro tipo.

El sistema de salud brinda acceso a una amplia cobertura de servicios médicos y hospitalarios. La ley de salud de Canadá (Canada Health Act) establece el seguro de salud financiado con fondos públicos, que facilita "un acceso razonable a servicios de salud sin barreras financieras u otras".

Aproximadamente el 70% de los gastos de salud tienen financiamiento público, principalmente a través de impuestos. Algunas provincias también cobran a sus residentes una prima dedicada para ayudar a pagar el costo de la atención médica; el no pago de esta cuota no impide el acceso a los servicios de salud necesarios.

En el 2014, el gasto total en salud representó 10,9% del PIB, con un gasto sanitario per cápita de 6 073 dólares canadienses. El sector público supone aproximadamente 70% del gasto total en salud. Los hospitales y médicos se financian sobre todo mediante el sector público, mientras que el sector privado cubre principalmente el costo de otros profesionales de la salud (no incluye enfermeras) y medicamentos.

El plan de acción decenal para mejorar la atención de la salud (adoptado en el 2004) estableció una agenda federal, provincial y territorial compartida sobre la renovación de la atención de la salud, reconociendo la necesidad de una acción concertada en áreas claves del sistema de salud.

En el 2015, había 82 198 médicos activos (228 médicos por 100 000 habitantes) y 415 864 enfermeras registradas, con escasez en algunas jurisdicciones, en particular las rurales y las remotas.

Se han realizado inversiones en telesalud para el apoyo informático a videoconferencias entre pacientes y proveedores de atención médica, consultas médicas, transferencia de materiales de diagnóstico y teleobservación de pacientes. Unas 70 especialidades se sirven de estos recursos para asistir a los casi siete millones de habitantes que viven en comunidades rurales y remotas.

El Gobierno federal apoya una agenda integral de investigación en temas de salud entre diversas disciplinas, sectores y regiones. Esta investigación ayuda a conocer mejor las necesidades emergentes de salud de la población, la evolución del sistema de salud y las necesidades de información de los encargados de formular políticas de salud.

LOGROS, DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS

El sistema de salud ofrece cobertura universal de los servicios asistenciales necesarios. Sin embargo, han comenzado a identificarse brechas asistenciales relacionadas con el envejecimiento de la población y el aumento de las enfermedades crónicas.

Canadá ocupa el segundo lugar en el mundo en consumo per cápita de opioides de venta con receta: entre el 2000 y el 2010, el consumo de opioides vendidos con receta en Canadá se incrementó en 203%.

Desde el 2012, el sistema de salud enfrenta restricciones fiscales, el alto costo de las nuevas tecnologías y el envejecimiento de la población. Los Gobiernos provinciales y territoriales están invirtiendo considerables recursos para transformar y fortalecer sus sistemas de atención de la salud, en especial en apoyo de los servicios de atención domiciliaria, los cuidados paliativos y la salud mental.

Se está haciendo mayor uso de las tecnologías de salud digitales, buscando una mejor conexión y un uso más amplio de ellas en la atención sanitaria.

La estrategia gubernamental relativa a los determinantes sociales intenta mejorar la infraestructura social, fortalecer las oportunidades y condiciones socioeconómicas de la clase media, promover un crecimiento inclusivo, y reducir la pobreza y las desigualdades. La reducción de las desigualdades en salud continuará siendo una preocupación nacional. Sobre todo preocupa la necesidad de mejorar las condiciones sociales y de salud en las que viven los pueblos indígenas.

El Gobierno se ha comprometido a elaborar un plan decenal de infraestructura, que ayudará a aumentar la cantidad de viviendas y mejorar sus condiciones.

El Gobierno está implementando acciones concretas para mejorar el estado socioeconómico de los pueblos indígenas y las comunidades, mejorar los centros de salud y establecer programas y servicios de salud apropiados.

También continúa el trabajo activo en la promoción de salud, incluida una estrategia plurianual para una alimentación saludable, con apoyo al mayor acceso y disponibilidad de alimentos nutritivos. La Agencia de Salud Pública de Canadá ha constituido alianzas innovadoras y multisectoriales para promover una vida saludable y abordar la prevención de enfermedades crónicas. La prevención será un elemento clave para combatir el aumento de las enfermedades crónicas.

La salud mental es también una prioridad clave, con el aumento de la incidencia como consecuencia del incremento de la población mayor de 65 años, grupo en el que se concentra una mayor proporción de problemas mentales.

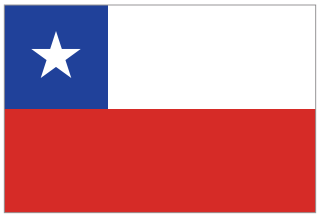
PUNTOS ADICIONALES

La resistencia a los antimicrobianos en el tratamiento de infecciones es un problema crítico en la atención de salud. Por este motivo, el Gobierno de Canadá ha adoptado medidas efectivas para abordarlo.

En el 2014, el Gobierno de Canadá formuló el marco federal de acción sobre la resistencia y uso de antimicrobianos en Canadá. Dicho marco establece un enfoque federal coordinado para abordar la amenaza de la resistencia a los antimicrobianos en tres áreas estratégicas: vigilancia, administración e innovación.

En consecuencia, en el 2015 se formuló el plan de acción federal que plantea las medidas concretas que se adoptarán entre el 2016 y el 2019. Un logro clave en el plan de acción fue la puesta en marcha del sistema canadiense de vigilancia de la resistencia antimicrobiana, como un órgano nacional de coordinación de los sistemas de vigilancia que recopilan información sobre la resistencia antimicrobiana y el uso de antimicrobianos en seres humanos y animales.

Ese sistema de vigilancia específico proporciona un panorama general de la resistencia a los antibióticos y el uso de antibióticos en Canadá, que se presenta en un informe nacional anual.



CHILE

INDICADORES BÁSICOS SELECCIONADOS

1990-2015

	Valor 1990	Valor y año	Variación (%)
Ingreso nacional bruto, paridad de poder adquisitivo (PPA, US$ per cápita)	...	21 920 (2014)	...
Índice de desarrollo humano	0,700	0,832 (2013)	18,9
Promedio de años de escolaridad	8,1	9,9 (2014)	22,2
Población que usa instalaciones de agua potable mejoradas (%)	90,0	99,0 (2014)	11,0
Población que usa instalaciones de saneamiento mejoradas (%)	85,0	96,7 (2014)	13,8
Esperanza de vida al nacer (años)	73,7	80,0 (2013)	8,5
Mortalidad infantil (por 1 000 nacidos vivos)	16,0	7,2 (2013)	-55,0
Mortalidad materna (por 100 000 nacidos vivos)	39,9	22,5 (2014)	-44,4
Incidencia de tuberculosis (por 100 000 habitantes)	52,0	12,3 (2014)	-76,3
Mortalidad por tuberculosis (por 100 000 habitantes)	5,8	1,2 (2013)	-79,3
Cobertura de inmunización contra el sarampión (%)	97,0	96,0 (2015)	-1,0
Cobertura de atención del parto por personal cualificado (%)	...	99,9 (2015)	...



Población en 1990 (millones)	13,2
Población en el 2014 (millones)	17,8
Variación (%)	34,9



Chile se sitúa en el suroeste de América del Sur, con una superficie continental e insular de 756 770 km² y del territorio antártico de 1 250 000 km². Se divide en 15 regiones, 53 provincias y 346 comunas. Hasta 87% de la población reside en áreas urbanas.

Entre 1990 y el 2014, la población aumentó en 34,9%. En 1990, su estructura era expansiva en los grupos de mayores de 25 años de edad y estacionaria en los grupos por debajo de esa edad. Actualmente se ha conformado una forma regresiva, relacionada con la disminución de la fecundidad, la mortalidad y el envejecimiento.

En el 2014, la población alcanzó 17,8 millones de habitantes.

La proporción de adultos mayores de 60 años era de 14,5% en el 2014. La esperanza de vida al nacer es de 80 años para los hombres y de 85 para las mujeres.

En el año 2014, el ingreso nacional bruto per cápita fue de US$ 21 290 (PPA). El crecimiento producto interno bruto (PIB) entre 1961 y el 2014 fue, en promedio, de 4,3% anual.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Las condiciones de vida y de salud han mejorado de forma importante, pero con diferencias significativas entre grupos socioeconómicos.

El índice de Gini, que sintetiza la desigualdad de ingresos, se ha mantenido en alrededor de 0,55 durante los últimos decenios. En el 2015, la población en situación de pobreza no extrema alcanzaba 8,1% y el componente de pobreza extrema era 3,5%. Entre el 2003 y el 2014, el ingreso promedio de 40% más pobre de la población aumentó 4,9%, en comparación con 3,3% de la población general.

Se ha logrado un aumento sostenido de la participación laboral de las mujeres, de 35,0% en el 2000 a 47,7% en el 2013. En octubre del 2014 entró en vigor la Ley 20786, que modifica las características del trabajo doméstico, ejercido en su mayoría por mujeres. La ley regula la jornada laboral, el descanso y la remuneración de las trabajadoras, lo que también debería impactar en la calidad de vida.

El promedio de años de escolaridad llegó a 10,8 años en el 2013, aunque con marcadas diferencias entre zonas urbanas y zonas rurales, así como entre los quintiles de ingreso.

En el 2014, la cobertura de acceso a agua potable era de 99,0% y la de alcantarillado, 96,7%. La cobertura urbana de tratamiento de aguas servidas era de 99,9% en el 2014.

En el 2015 el país destinó a la salud recursos financieros equivalentes a 7,7% del PIB. De ellos, 46,1% correspondió a gasto público y 33%, a gasto de bolsillo. El gasto de salud per cápita en el 2014 fue de US$ 1 877.

Debido a los procesos migratorios de la última década, se han implementado políticas que favorecen el acceso a atención médica para inmigrantes, especialmente para la atención de salud de embarazadas, y niños y niñas menores de 18 años.

El país es susceptible a desastres naturales diversos y de gran magnitud. En los últimos 10 años se han producido al menos 17 hechos naturales con graves consecuencias para la población, entre los que destacan terremotos de gran magnitud y maremotos. Se ha logrado reducir la vulnerabilidad de la población a los desastres naturales mediante importantes y exhaustivas normas de edificación, mecanismos de alerta, coordinación y asistencia.

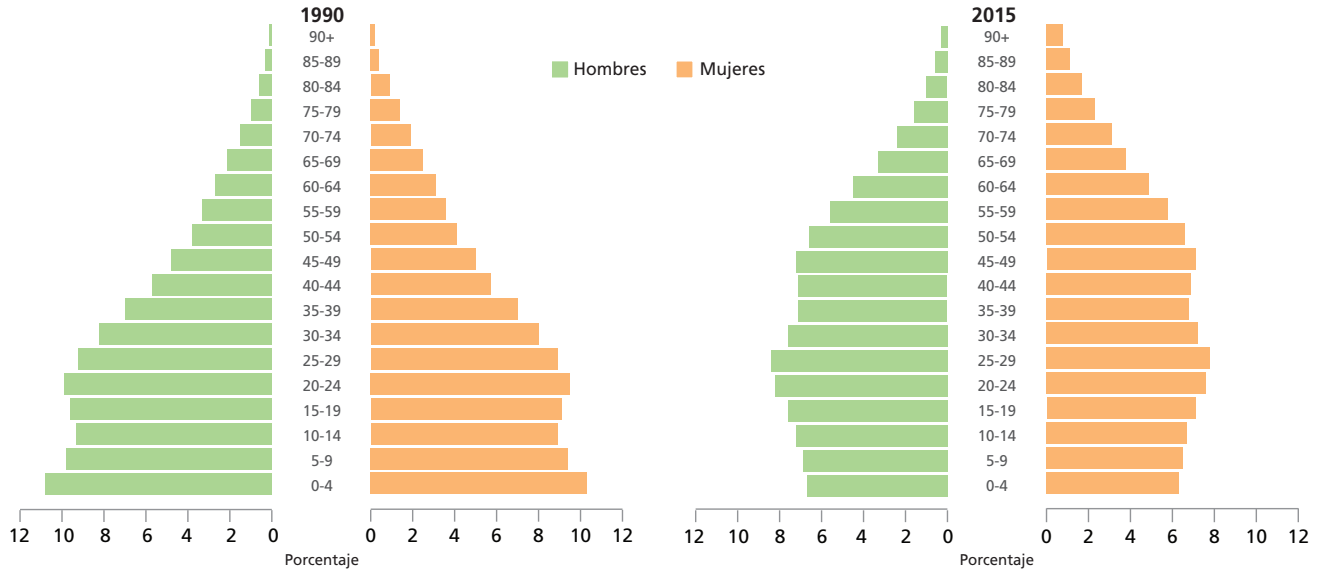
La contaminación atmosférica en centros urbanos, y su impacto en la salud es la preocupación principal en materia ambiental.

SITUACIÓN DE LA SALUD Y DEL SISTEMA DE SALUD

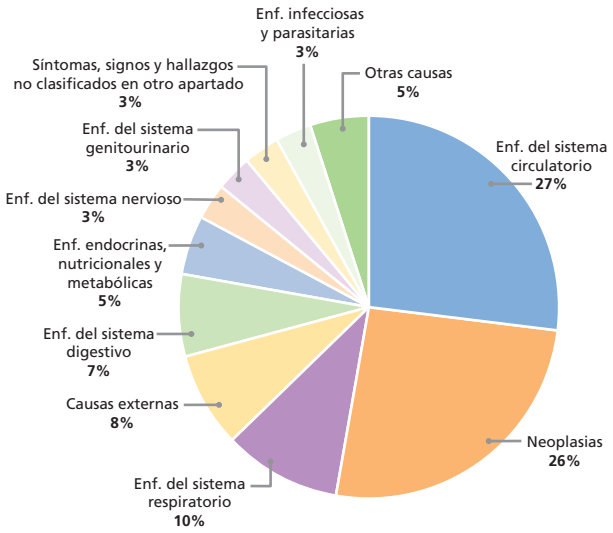
La razón de mortalidad materna se redujo significativamente entre 1990 y el 2014, de 39,9 a 22,2 defunciones por 100 000 nacidos vivos. En los años más recientes han predominado las causas de muerte obstétricas indirectas y las relacionadas con otras enfermedades complicadas por el embarazo, que representaron 25% del total de defunciones maternas en el 2014. Se logró una cobertura universal del parto institucional (99,9%) en el 2013.

La mortalidad de menores de 1 año de edad se ha mantenido estable, en torno a 7 defunciones por 1 000 nacidos vivos en los últimos siete años; en el 2006 fue 7,6 por 1 000 y en el 2014, 7,2 por 1 000. La mortalidad posneonatal ha presentado una notoria reducción, de 7,5 por 1 000 nacidos

Estructura de la población según edad y sexo, Chile, 1990 y 2015



Mortalidad proporcional (% defunciones totales, todas las edades, ambos sexos), 2014



vivos en 1990 a 2,1 por 1 000 en el 2012. Entre el 2005 y el 2012, la mortalidad de niños de 1 a 4 años de edad descendió desde 0,34 a 0,28 por cada 1 000 niños. Las causas de defunción más importantes entre esos niños son los accidentes y la violencia (31%).

En el 2014, 27% de las defunciones se debieron a enfermedades del sistema circulatorio y 26%, a neoplasias. Estos dos grupos de causas provocan más de la mitad de las muertes totales. En el 2011, la mortalidad por enfermedades cardiovasculares representó una tasa de 149 por 100 000 habitantes y las neoplasias se situaron en 142 por 100 000 habitantes.

Las principales causas de muerte por neoplasia según la localización del tumor fueron los cánceres del estómago (18,8 por 100 000 habitantes), de la tráquea, los bronquios y el pulmón (16,1), y del colon, la vesícula y la vías biliares, y la mama (alrededor de 8,0 cada una).

La enfermedad cerebrovascular, la enfermedad isquémica del corazón y la cirrosis fueron las primeras causas específicas de muerte en el 2012.

En el 2011, fallecieron 9 104 personas por causas respiratorias, es decir, 52,8 muertes por 100 000 habitantes.

En el 2013 las enfermedades no transmisibles constituyeron 82% de la carga de enfermedad medida por la pérdida de años de vida saludable, y su importancia relativa aumentó 19% entre 1990 y el 2013, principalmente debido al envejecimiento de la población.

Las lesiones y la violencia explicaron 11% de la carga de enfermedad, mientras que el conjunto de enfermedades maternas, neonatales, infantiles y nutricionales, más las enfermedades transmisibles, causaron 7% de la pérdida de años de vida saludable.

Se observa una alta prevalencia de algunos factores de riesgo de la población, entre los que destaca el consumo de tabaco en 39% de la población (37% en las mujeres y 41% en los hombres). En el 2014, la prevalencia de consumo excesivo de alcohol (prueba AUDIT) fue de 11%, casi ocho veces más alta en los hombres (19,7%) que en las mujeres (2,5%).

En el 2012 se observó que la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es una epidemia de transmisión predominantemente sexual (99,2%), que afecta sobre todo a hombres adultos jóvenes que mantienen relaciones sexuales con otros hombres. La prevalencia entre mujeres embarazadas se mantiene baja, cercana a 0,05%, al igual que en la población general (0,35%).

En el 2016 se presentó un brote de dengue, con 27 casos en Rapa Nui (Isla de Pascua). Hasta finales del 2016 no hubo notificación de casos autóctonos de infecciones por virus del Zika, aunque ha habido casos importados y un caso confirmado de transmisión sexual.

La incidencia de la tuberculosis era de 12,3 casos por 100 000 habitantes en el 2014. El mismo año hubo 15 casos de tuberculosis multifarmacorresistente (tres con infección por VIH concurrente). Las enfermedades no transmisibles que dieron lugar a la mayor carga de enfermedad fueron las neoplasias malignas (13,8%), las enfermedades cardiovasculares (12,3%), los trastornos mentales y el abuso de sustancias (12,2%).

La diabetes mellitus tipo 2 causó 3 426 defunciones, con una tasa de 19,8 por 100 000 habitantes en el 2011. La prevalencia de diabetes entre los mayores de 15 años de edad fue de 10,4% para los hombres y 8,4% para las mujeres. La prevalencia de hipertensión arterial entre los mayores de 15 años de edad es de 28,7% y 25,3% para hombres y mujeres, respectivamente.

Los problemas de salud mental que ocasionan mayor carga de enfermedad son la depresión y los trastornos de ansiedad.

El sistema de salud es de carácter mixto e incluye aseguramiento público (Fondo Nacional de Salud [FONASA]), privado (instituciones de salud previsional [ISAPRE]) y de otros seguros específicos, como los de las Fuerzas Armadas. En el 2013, 76,3% de la población pertenecía a FONASA y 18,1% a alguna ISAPRE.

La gobernanza y la regulación del sistema son ejercidas por el Ministerio de Salud, que también es responsable del marco regulatorio. El Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) coordina las funciones del sector público prestador, compuesto de 29 servicios descentralizados, distribuidos entre las 15 regiones del país, y el sistema de atención primaria, principalmente municipal.

En la actualidad, el sistema de salud es fragmentado, tanto en su financiamiento y aseguramiento como en la provisión de servicios y la disponibilidad desigual de recursos para atender a la población que depende de cada sector. El gasto de bolsillo en salud es de 38% del gasto total en salud y afecta principalmente a las familias de menos recursos.

En el 2015 el país destinó unos recursos financieros para salud estimados equivalentes a 7,7% del PIB. El gasto en salud per cápita fue de US$ 1 689 en el 2014.

En el año 2014, la razón de médicos y enfermeras por 1 000 habitantes fue de 1,7 y 5,6, respectivamente. La disponibilidad de camas hospitalarias se ha mantenido estable en años más recientes, con una razón de alrededor de 2,2 camas hospitalarias por 1000 habitantes.

Con el fin de mejorar el acceso a la prestación de atención, el Plan Nacional de Salud Mental del 2015 considera el modelo de atención de salud mental mediante la creación de centros comunitarios para dar atención especializada vinculada a la atención primaria de la salud.

LOGROS, DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS

La Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 hace foco en los factores de riesgo, proponiendo "desarrollar hábitos y estilos de vida saludables que favorezcan la reducción de los factores de riesgo asociados a la carga de enfermedad de la población". En consonancia con ello, en el 2013 se promulgó la Ley 20670, que creó el programa "Elige vivir sano", destinado a promover hábitos y estilos de vida saludables. Consecuentemente, el Ministerio de Salud lanzó en el 2015 el documento Bases Conceptuales para la Planificación y Programación en Red, con el objeto de iniciar en el 2016 la integración real de los equipos locales de salud y mejorar sus competencias en las distintas situaciones epidemiológicas que deban resolver.

En los próximos años, el sector sanitario deberá afrontar las nuevas epidemias asociadas con factores de riesgo como el tabaco, el alcohol y la mala nutrición por exceso de ingesta calórica, esta última con los consiguientes efectos de sobrepeso y obesidad.

Desde la última década se han realizado importantes avances, como las políticas sectoriales consagradas a través de leyes sobre las Garantías Explícitas en Salud, nuevas normativas para la regulación del sector farmacéutico y la ley de protección financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo.

Desde el 2002 existe en el país un programa de salud cardiovascular para personas de 55 años en adelante en la atención primaria (enfermedad cardiovascular ateroesclerótica, diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemia y tabaquismo).

El sistema público ha tratado de responder a estos desafíos mejorando las redes integradas de servicios de salud y el establecimiento del modelo de salud familiar en la atención primaria. Se ha implementado un Plan Nacional de Salud Mental, que incluye una estrategia nacional de alcohol y un programa nacional de prevención del suicidio.

Los desafíos en el sector público incluyen dar respuesta al déficit de médicos especialistas y de infraestructura, y a la necesidad de mejorar la gestión y aumentar la eficacia en el primer nivel de atención, asegurando también la provisión adecuada de medicamentos. Sin embargo, el mayor reto para los próximos años será disminuir las desigualdades socioeconómicas que impiden un desarrollo más equitativo, integral e inclusivo.

PUNTOS ADICIONALES

El desarrollo económico, el aumento paulatino de la cobertura asistencial y el trabajo de los Gobiernos nacionales de las últimas décadas han logrado reducir las enfermedades transmisibles, nutricionales, maternas e infantiles.

Para la población han sido fundamentales las mejores condiciones de higiene y saneamiento, la cobertura universal de la atención del parto hospitalario, la institución de salas de atención ambulatoria de infecciones respiratorias agudas del niño y de enfermedades respiratorias del adulto, junto a los programas tradicionales de prevención y control de enfermedades transmisibles y de asistencia nutricional.

A una década de haber entrado en vigor el programa de Garantías Explícitas en Salud, se comienza a apreciar su efecto en el aumento de la cobertura de la atención de las enfermedades prioritarias incorporadas en ese régimen, que actualmente aborda 80 patologías.

Desde el 2015 se está tratando de poner en práctica la propuesta de constituir las redes de servicios a través de la integración de los equipos locales de salud y de mejorar las competencias del sistema para proporcionar atención de salud integrada con base en la atención primaria de salud.



COLOMBIA

INDICADORES BÁSICOS SELECCIONADOS

1990-2015

	Valor 1990	Valor y año	Variación (%)
Ingreso nacional bruto, paridad de poder adquisitivo (PPA, US$ per cápita)	...	12 910 (2014)	...
Índice de desarrollo humano	0,592	0,720 (2013)	21,6
Promedio de años de escolaridad	5,5	7,1 (2014)	28,5
Población que usa instalaciones de agua potable mejoradas (%)	88,0	91,2 (2015)	3,6
Población que usa instalaciones de saneamiento mejoradas (%)	69,0	81,1 (2015)	17,5
Esperanza de vida al nacer (años)	68,3	74,4 (2013)	9,0
Mortalidad infantil (por 1 000 nacidos vivos)	29,0	17,3 (2013)	-40,3
Mortalidad materna (por 100 000 nacidos vivos)	...	55,3 (2013)	...
Incidencia de tuberculosis (por 100 000 habitantes)	54,0	24,8 (2013)	-54,0
Mortalidad por tuberculosis (por 100 000 habitantes)	5,0	1,6 (2013)	-68,0
Cobertura de inmunización contra el sarampión (%)	82,0	94,0 (2015)	14,6
Cobertura de atención del parto por personal cualificado (%)	...	98,6 (2015)	...



Población en 1990 (millones)	**34,3**
Población en el 2014 (millones)	**48,7**
Variación (%)	**42,0**



Colombia se encuentra en el noroeste de América del Sur y limita con Brasil, Ecuador, Panamá, Perú y Venezuela. Su división política incluye 32 departamentos, un distrito capital, 1 121 municipios y resguardos indígenas.

Entre 1990 y el 2016, la población creció en 42,0% y su estructura se hizo regresiva y más envejecida. En el 2015 alcanzó la cifra de 48 747 708 habitantes, 79% de los cuales vivían en zonas urbanas. La esperanza de vida al nacer es de 74,4 años.

Los indicadores básicos de salud entre 1990 y el 2015 reflejaron una notable mejora global y sanitaria.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

En el 2015, la desigualdad de ingresos era alta, reflejada por un coeficiente de Gini de 0,522. Hasta 27,8% de la población estaba bajo la línea de pobreza. La implementación de reformas salariales contribuyó a la reducción del desempleo hasta alcanzar a 8,9% en el 2015.

Los fenómenos climáticos como El Niño y La Niña han causado daños tanto directos (muertes y lesiones) como indirectos sobre la salud de la población, en determinantes como la pobreza, la inseguridad alimentaria y el menor acceso a agua segura.

En el 2015, 91,2% de la población contaba con acceso a fuentes mejoradas de agua potable y 81,1% a instalaciones mejoradas de saneamiento, aunque la cobertura en los sectores rurales e indígenas es baja.

La violencia y la inseguridad ciudadanas constituyen un problema importante, junto al impacto del conflicto armado de más de cinco décadas con la guerrilla. Esto ha dado lugar a fenómenos como el crimen organizado, el desplazamiento forzado y un confinamiento estimado de 8 millones de personas.

En el 2013, los homicidios ocuparon el segundo lugar (57,38 muertes por 100 000 habitantes) como causa de muerte externa en hombres y el décimo en mujeres (5,05 muertes por 100 000 habitantes).

Se registra una importante emigración, en especial hacia Estados Unidos (34,6%), España (23,1%), Venezuela (20,0%) y Ecuador (3,1%). En este último país, los nacionales colombianos representan 98% de los inmigrantes.

La situación de vulnerabilidad e inequidad en la población se mantiene además por la limitada institucionalidad en los lugares donde se concentra la población indígena, campesina y afrodescendiente, entre otras. También contribuyen a esta situación factores como los cultivos y la minería ilegales y la alta dispersión de población en las regiones aisladas.

SITUACIÓN DE LA SALUD Y DEL SISTEMA DE SALUD

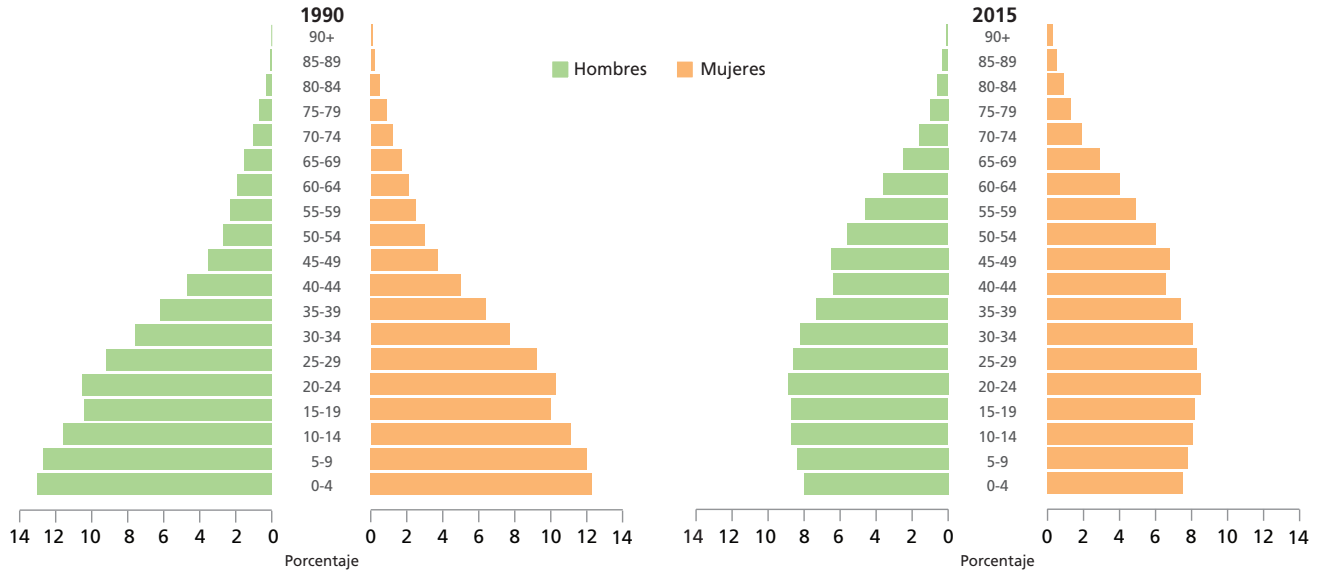
En el 2014, la razón de mortalidad materna fue de 53 muertes por 100 000 nacidos vivos. El nivel fue 2,8 veces mayor en los departamentos del quintil con mayor nivel de pobreza. Hasta 60% de las muertes maternas se registró en la mitad más pobre y analfabeta de la población; 18%, en madres de 10 a 19 años; 24% en la población indígena y afrocolombiana, y 30% en madres con un nivel de educación primaria o inferior.

En el 2013, la mortalidad infantil fue de 17,25 fallecimientos por 1 000 nacidos vivos. El nivel es más alto en sectores pobres y con baja escolaridad de las madres. La mortalidad infantil representa 82% de las muertes de los menores de 5 años (cuya tasa alcanza a 14,1 muertes por 10 000). Entre las principales causas de mortalidad infantil destacan la prematuridad, las malformaciones congénitas, los trastornos respiratorios, la sepsis bacteriana del recién nacido, las infecciones del tracto respiratorio e intestinal y la desnutrición.

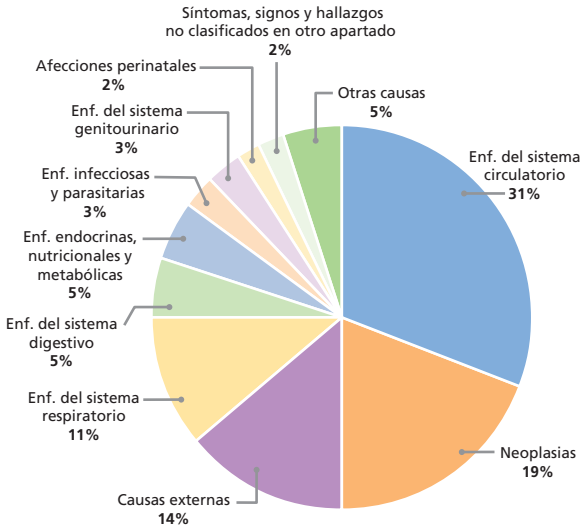
En el 2014, el país se declaró libre de sarampión, rubéola y rubéola congénita. En el 2015, la cobertura de la primera dosis de vacuna contra el sarampión, la rubéola y la parotiditis alcanzó 93,9%, y de la segunda dosis, 87,5%.

En el período 2005-2013, 29,9% de las muertes fueron causadas por enfermedades del sistema circulatorio.

Estructura de la población según edad y sexo, Colombia, 1990 y 2015



Mortalidad proporcional (% defunciones totales, todas las edades, ambos sexos), 2013



Entre las neoplasias, destacan el cáncer de estómago (16,5% en cáncer de hombres) y de mama (12,6% en cáncer de mujeres).

La malaria es una enfermedad endémica. En el 2015 se registraron 52 416 casos y ese mismo año se notificaron 1 018 casos de enfermedad de Chagas (996 crónicos y 22 agudos, con una letalidad de 0,07%).

Desde el 2010 el tracoma fue considerado como endémico, con prevalencias entre 21% y 26% en la frontera con Brasil.

El dengue es un problema reemergente, con aumento de brotes de la forma grave, con una letalidad de 6,3% en el 2014.

En el 2015, la incidencia de chikunguña fue 1 359 casos por 100 000 habitantes, con una letalidad de 0,02%. La epidemia por el virus del Zika, que terminó a mediados del 2016, alcanzó a 8 826 casos confirmados, 91 640 sospechosos por clínica y 21 casos confirmados de microcefalias asociadas a este virus.

En el 2014, la tasa de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) fue 11,6 casos por cada 10 000 habitantes, y en el grupo de 15 a 49 años alcanzó 0,45%. La epidemia se concentra en grandes ciudades, con 86% de los casos notificados.

En el período 2005-2013 hubo un promedio anual de 417 muertes por desnutrición en menores de 5 años, problema que es mayor en las poblaciones que viven bajo el umbral de la pobreza y de predominancia indígena.

En el 2016, 2,7% de la población estaba en situación de discapacidad; 45,5% es mayor de 60 años.

La Ley Estatutaria de la Salud (2015) consignó el derecho a la salud en el ámbito del sistema de salud, reconociendo su carácter de derecho social fundamental.

En el 2014, el gasto nacional de salud alcanzó 7,2% del producto interno bruto (PIB) (5,4% público y 1,8% privado), y el gasto de bolsillo fue de 15,4% en relación con el gasto total. Se requiere mayor gasto público y privado por los costos crecientes de las nuevas tecnologías para la salud, el progresivo envejecimiento de la población y el aumento de la cobertura de aseguramiento. A ello contribuye el aumento de la judicialización para la protección de derechos fundamentales en salud.

El sistema de salud colombiano está compuesto por un sector de seguridad social y por un sector privado. Su eje es el Sistema General de Seguridad Social en Salud, que incluye dos regímenes: contributivo y subsidiado.

La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es obligatoria y se hace a través de las entidades promotoras de salud (EPS) públicas o privadas. Las EPS entregan las contribuciones por cotización al Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA). En el 2015, la cobertura de afiliación al sistema de salud fue 97,6%.

En el 2012, la disponibilidad de médicos, enfermeras y odontólogos fue de 17,7, 10,3 y 8,3 profesionales por 10 000 habitantes, respectivamente.

Hay 55 programas universitarios de medicina en los que se gradúa un promedio anual de 5 000 médicos, y 65 programas de enfermería con un promedio anual de 3 600 egresados.

En el 2016, 242 instituciones públicas de salud se inscribieron para usar los servicios de telemedicina y mejorar la conexión electrónica entre servicios clínicos, favoreciendo un mejor acceso funcional a la atención de salud. El Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) provee una estructura para obtener y consolidar la información sanitaria, de seguridad laboral y de previsión.

Desde el 2013 existe una Política Nacional de Discapacidad e Inclusión Social, que trata de hacer más efectivo el cumplimiento de las acciones relacionadas con discapacidad.

En el 2014 se promulgó la Ley 1733, que regula los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de los pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles, en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida.

LOGROS, DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS

En el 2016 se estableció la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), con el objetivo de centrar la acción de salud en niveles individual, familiar y colectivo, y no en las instituciones prestadoras ni aseguradoras. La formulación de dicha política y el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) representan

un avance estratégico del sistema en su compromiso de garantizar el acceso efectivo de los ciudadanos a los servicios de salud. Es el componente operativo de la PAIS.

En el marco del MIAS se está desarrollando el enfoque de salud y medicina familiar y comunitaria, dirigido a mejorar las competencias del talento humano.

Tanto la política como el modelo integral de atención de salud tratan de mejorar la calidad, la sostenibilidad y la equidad sanitaria. Plantean un marco de acciones y prestaciones desde la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción social en todas las etapas de la vida, lo más cerca posible a su cotidianidad.

El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 estableció alcanzar la equidad en materia de salud, afectar positivamente los determinantes sociales de la salud y mitigar los impactos de la carga de enfermedad.

En el 2015, el Gobierno se comprometió a reducir en 8% la mortalidad prematura causada por enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y enfermedades respiratorias crónicas en la población de 30 a 70 años.

El Plan Decenal para el Control del Cáncer 2012-2021 intenta reducir en 30% la mortalidad en este período, integrando el control de los factores de riesgo, como el tabaquismo, el sedentarismo, los altos niveles de consumo de azúcar y la obesidad.

PUNTOS ADICIONALES

La Política Farmacéutica Nacional tiene como objetivo guardar la calidad y el acceso de la población a los medicamentos.

Dicha política proporciona los instrumentos de regulación de precios a partir de su referencia internacional, el registro de medicamentos biosimilares, la mejora de las capacidades nacionales y los esquemas para incorporar el trámite del registro sanitario en cumplimiento.

Esta política plantea 10 estrategias relacionadas con el acceso, la oportunidad, la calidad y el uso racional de medicamentos, independientemente de la capacidad de financiamiento individual de las personas.

Entre las estrategias transversales destacan la disponibilidad de información confiable, oportuna y pública sobre acceso, precios, uso y calidad de los medicamentos; la construcción de una institucionalidad eficaz, eficiente y coherente, y la adecuación de la oferta y las competencias del recurso humano del sector farmacéutico.

El Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) recibió una certificación como autoridad reguladora nacional de referencia regional para medicamentos y productos biológicos.

El país ha establecido los requisitos para estudios de biodisponibilidad y bioequivalencia de medicamentos.

También destaca el desarrollo de instrumentos para la regulación de precios y del mercado, a partir de la referencia internacional.



COSTA RICA

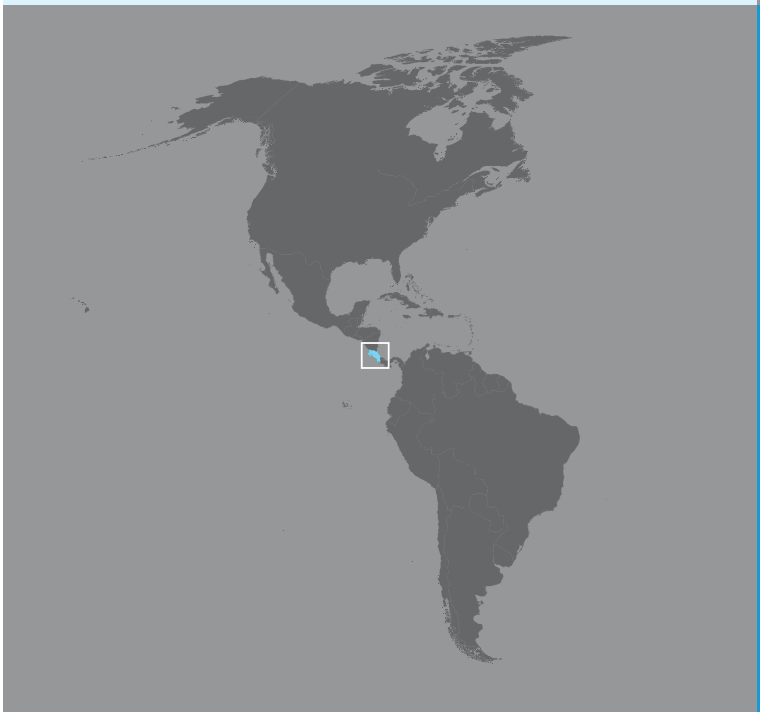
INDICADORES BÁSICOS SELECCIONADOS

1990-2015

	Valor 1990	Valor y año	Variación (%)
Ingreso nacional bruto, paridad de poder adquisitivo (PPA, US$ per cápita)	...	14 420 (2014)	...
Índice de desarrollo humano	0,653	0,766 (2013)	17,4
Promedio de años de escolaridad	6,9	8,7 (2014)	26,2
Población que usa instalaciones de agua potable mejoradas (%)	93,0	98,0 (2015)	5,4
Población que usa instalaciones de saneamiento mejoradas (%)	88,0	95,0 (2015)	8,0
Esperanza de vida al nacer (años)	75,7	79,2 (2016)	4,6
Mortalidad infantil (por 1 000 nacidos vivos)	14,3	8,0 (2014)	-44,1
Mortalidad materna (por 100 000 nacidos vivos)	...	29,0 (2014)	...
Incidencia de tuberculosis (por 100 000 habitantes)	29,0	9,7 (2013)	-66,4
Mortalidad por tuberculosis (por 100 000 habitantes)	2,5	0,7 (2013)	-72,0
Cobertura de inmunización contra el sarampión (%)	90,0	93,0 (2015)	3,3
Cobertura de atención del parto por personal cualificado (%)	...	92,4 (2015)	...



Población en 1990 (millones)	3,1
Población en el 2015 (millones)	4,8
Variación (%)	55,3



Costa Rica se encuentra en América Central y limita con los océanos Atlántico y Pacífico, Nicaragua y Panamá. Se divide políticamente en tres niveles: 7 provincias, 81 cantones y 463 distritos. Los ocho pueblos indígenas originarios se distribuyen en 24 territorios. El 2,4% se autoadscribe como indígena, 1,9% como afrocostarricenses y 0,5% como chino.

En el período 1990-2015, la población aumentó 55,3% y su estructura se transformó desde una tendencia expansiva a una regresiva y más envejecida. En el 2015, la población era de 4,8 millones de habitantes (76,8% concentrada en zonas urbanas).

En el 2016, la esperanza de vida al nacer era de 79,16 años (81 años en las mujeres y 77 años en los hombres).

Está entre los países con alto desarrollo humano y ocupa el quinto lugar de tal desarrollo en América Latina, producto de una fuerte inversión pública social.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

En el 2015, la pobreza alcanzó a 21,7% de los hogares y la pobreza extrema, a 7,2%. El quintil mejor remunerado recibía 54,4% del ingreso, mientras que el quintil peor remunerado, solo 4,1%. La población indígena, 47% de la cual reside en 22 territorios, exhibe una marcada concentración de pobreza y marginación, especialmente las mujeres.

En el 2015, la tasa de alfabetización era de 97,8% y cerca de 90% de los niños completaban la enseñanza primaria. La escolaridad alcanzó un promedio de 8,4 años.

Casi toda la población costarricense tiene acceso a fuentes mejoradas de agua e instalaciones mejoradas de saneamiento.

El 45,3% de la fuerza de trabajo es informal. La tasa de ocupación laboral en el 2011 era de 69,5% en los hombres y de 34,9% en las mujeres, mientras que en la población indígena era de 56,2% y 16,9%, respectivamente. En el 2015, el desempleo alcanzó a 10,1% de la fuerza de trabajo. Las mujeres percibían en promedio un salario 14% menor que el de los hombres, cumpliendo similares funciones y responsabilidades.

El bono demográfico durará hasta el 2045, mientras que en el 2035 la proporción de mayores de 65 años superará a la de los menores de 15 años.

El país enfrenta desafíos relacionados con la preservación del recurso hídrico, la explotación racional de los recursos marinos, la gestión de residuos, los mecanismos de adaptación ante el cambio climático y el uso de energías limpias para reducir la dependencia de los combustibles fósiles.

Las emergencias de desastres naturales están asociadas a las lluvias y vientos que ocurren durante el año.

La inseguridad ciudadana tiene que ver con problemas de convivencia y delincuencia relacionados con el narcotráfico y el crimen organizado, lo que deriva en un incremento de las tasas de homicidios, robos y drogadicción.

En el 2011, 9,0% de la población era inmigrante, en su mayoría procedente de Nicaragua.

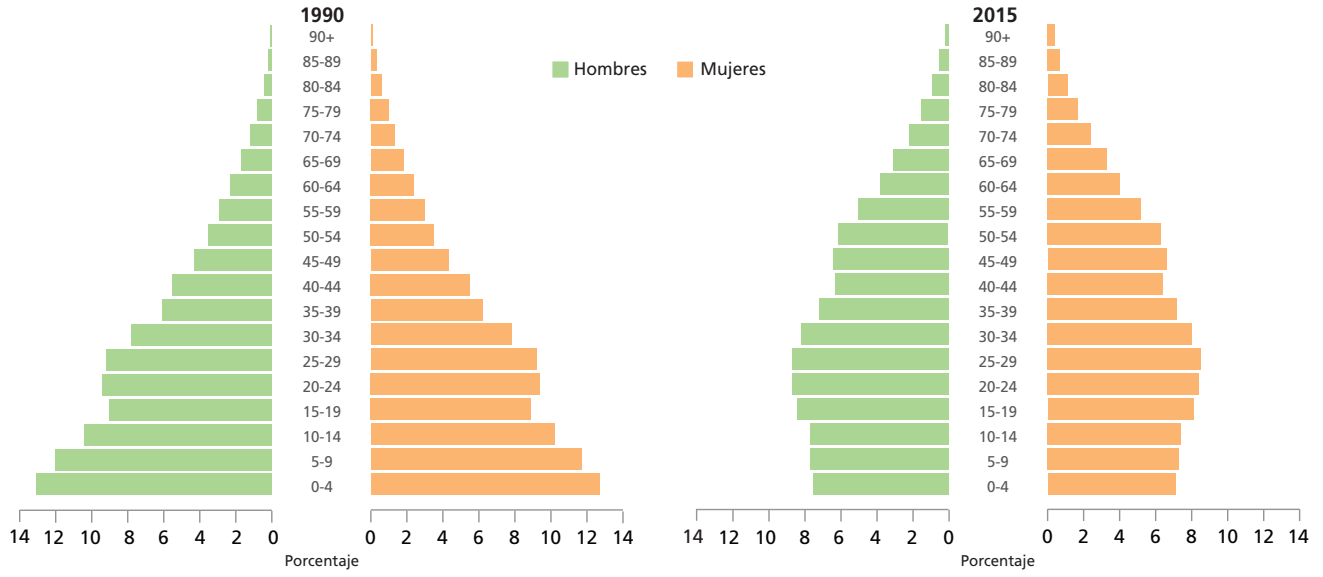
En el proceso de construcción de la agenda para el desarrollo después del 2015 se realizó una amplia consulta nacional en la que la ciudadanía expresó como principales deseos para el futuro el logro de una sociedad más inclusiva y equitativa, un sistema de salud sostenible que atienda las necesidades de salud con calidez y calidad, una educación integral y una sociedad segura.

SITUACIÓN DE LA SALUD Y DEL SISTEMA DE SALUD

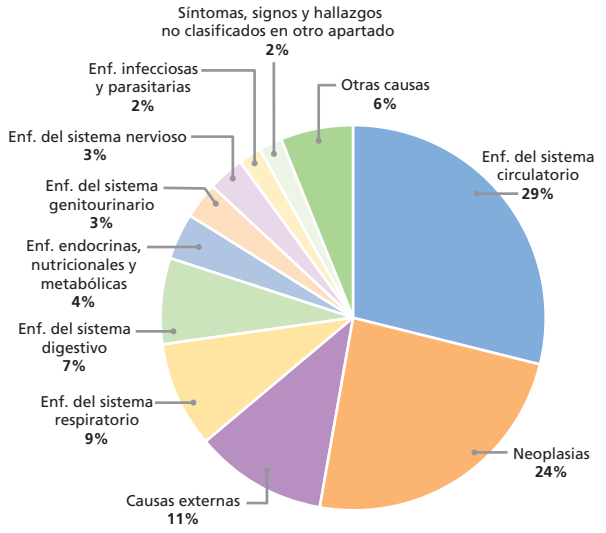
En el 2014, la razón de mortalidad materna fue de 29,0 muertes por 100 000 nacidos vivos, causada principalmente por causas obstétricas directas, como complicaciones en el trabajo de parto (33,3%), puerperio (9,5%) y trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio (9,5%).

Ese mismo año, la tasa de mortalidad infantil fue de 8,0 por 1 000 nacidos vivos. Las afecciones originadas en el período perinatal y las malformaciones congénitas causan 50,9% y 32,9% de las muertes de menores de un año, respectivamente.

Estructura de la población según edad y sexo, Costa Rica, 1990 y 2015



Mortalidad proporcional (% defunciones totales, todas las edades, ambos sexos), 2014



En el 2014, la tasa de mortalidad general fue de 4,4 muertes por 1 000 habitantes (4,9 en hombres y 3,2 en mujeres). Las enfermedades del aparato circulatorio representaron 29% de las defunciones y las neoplasias, 24%; esos grupos causan más de la mitad de las muertes. En el 2010, el subregistro general de causas de muerte fue 6%, con 1,8% de causas mal definidas y 12,6% de causas poco útiles.

Entre el 2002 y el 2012, la incidencia de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) aumentó de 8,2 a 14,2 casos por 100 000 habitantes.

El dengue se mantiene desde su reemergencia en 1993. Entre el 2013 y el 2016 se notificaron 95 047 casos, de los que 230 fueron dengue grave, y hubo una muerte. La incidencia por el virus chikunguña es de 42 casos por 100 000 habitantes. La infección por el virus del Zika se detectó por primera vez en el 2016, y se confirmaron 1 518 casos.

En el 2013 se notificaron dos casos autóctonos de malaria. Dado que se eliminó la transmisión en la provincia de Limón, el país se encuentra en fase de eliminación de la enfermedad.

En el período 2008-2009, 29,4% de los menores de 5 años presentó desnutrición crónica; 8,3%, desnutrición aguda, y 16,3%, desnutrición global.

Las principales muertes por enfermedades crónicas no transmisibles en hombres son las enfermedades isquémicas del corazón, las cerebrovasculares, los accidentes de transporte terrestre, la cirrosis y las enfermedades crónicas de las vías respiratorias. En las mujeres, son las enfermedades crónicas de las vías respiratorias, la diabetes mellitus, las enfermedades hipertensivas y el cáncer de mama.

En las personas mayores de 19 años, la prevalencia de diabetes es de 10,0% y la hipertensión, de 31,2%. La prevalencia de dislipidemia alcanzó a 25,0% de la población. La prevalencia de sobrepeso (36,8%) y obesidad (29,4%) aumentó en todos los grupos etarios, y fue mayor en las mujeres.

Para el 2010, la enfermedad isquémica del corazón, los accidentes de transporte terrestre y la violencia interpersonal fueron las primeras causas de años de vida potencialmente perdidos.

La Constitución Política costarricense reconoce el derecho a la vida y la Ley General de Salud (1973) define la salud de la población como un bien público y le confiere al Estado la función de velar por ella a través del sistema de salud.

El sistema sanitario nacional está conformado por el sector de la salud estatal, los servicios de atención privados, las organizaciones comunitarias orientadas a la salud, las universidades, las municipalidades, las compañías farmacéuticas, la Comisión Nacional de Emergencias y los organismos de cooperación internacional.

El sector público de salud está integrado por el Ministerio de Salud, la Caja Costarricense de Seguro Social, el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados y otras instituciones públicas encargadas de proteger y mejorar el estado de la salud de la población. El Ministerio, como ente rector del sistema, cumple funciones de dirección y conducción política, regulación sanitaria, direccionamiento de la investigación, medicamentos y desarrollo tecnológico.

Cabe destacar que el financiamiento del seguro de salud tiene una base contributiva; el objetivo es avanzar en la universalidad del financiamiento, sin descuidar el posible impacto de las nuevas modalidades de empleo en la sostenibilidad financiera del seguro de salud.

La Caja Costarricense de Seguro Social presta servicios integrales a sus asegurados, desde la promoción de la salud hasta los cuidados paliativos. No existen copagos en la seguridad social. En el 2013, la cobertura del seguro social de salud fue de 84,9%.

El gasto de bolsillo (originado por servicios y medicamentos del sector privado), como proporción del gasto total destinado a la salud, fue de 24,9% en el 2014.

En el 2014, se registró una disponibilidad de 22,8 médicos, 24,4 enfermeras y 9,3 dentistas por cada 10 000 habitantes.

El primer nivel de atención está organizado en 104 áreas de salud divididas en 1 041 sectores, cada uno de los cuales está ligado a un equipo básico de atención integral en salud (EBAIS). El segundo nivel está representado por clínicas mayores, 7 hospitales regionales y 13 periféricos que ofrecen consulta especializada, internamiento y cirugía de especialidades básicas. El tercer nivel está representando por tres hospitales nacionales generales y seis especializados de mayor complejidad.

LOGROS, DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS

El país ha registrado un avance importante en sus condiciones globales y sanitarias, incluyendo una alta cobertura social y de salud, junto a las garantías sociales que influyen en los determinantes de la salud. Destaca el aumento de la esperanza de vida al nacer, la disminución de la mortalidad infantil y la mortalidad materna, así como los avances en el control de las enfermedades transmisibles.

Como problemas principales de salud, también destacan el déficit nutricional en niñas y niños, el sobrepeso en adultos, la prevalencia de enfermedades crónicas y los incrementos en sus costos de atención.

Se mantienen desigualdades entre los diversos grupos de la población. El sistema de salud enfrenta el reto de contribuir a generar mayores niveles de equidad y solidaridad.

Otro gran desafío es el debilitamiento de la rectoría del Ministerio de Salud, entre otras razones, por problemas de organización, seguimiento y evaluación, separación inconclusa de funciones y frágil coordinación con la Caja Costarricense de Seguro Social.

En los últimos años ha surgido la preocupación sobre la calidad y productividad de los servicios de salud, así como la situación financiera y el riesgo de una eventual falta de sustentabilidad de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Por ello, se han realizado diversos estudios y consultas nacionales impulsadas por las autoridades políticas y sanitarias, que han concluido que los principales problemas son estructurales y que es importante mejorar el modelo de atención y de gestión financiera, tecnológica y de los recursos humanos.

El aumento de la violencia y sus implicaciones en la salud y la demanda de servicios de salud requerirá no solo acciones contra la delincuencia criminal, sino iniciativas para mejorar la convivencia, como proteger el ejercicio de los derechos de los grupos vulnerables, garantizar un ingreso decente a todos los ciudadanos, fomentar una educación que respete la diversidad y generar espacios de encuentro seguros para las personas.

El envejecimiento de la población y el aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles requerirán implementar estrategias idóneas para promover estilos de vida saludables, mejorar los centros urbanos y fortalecer la protección social de las personas mayores.

PUNTOS ADICIONALES

El cumplimiento de 75 años de existencia de la Caja Costarricense de Seguro Social marca un hito sanitario importante para el país. Se ha transformado en una institución emblemática con una trayectoria de resultados destacables en beneficio de la salud.

El país se encuentra en un proceso de generación de políticas y acciones con una mirada dirigida hacia el acceso universal de salud.

Las sucesivas reformas del modelo de prestación de servicios de salud en el país son un referente para todos los que trabajan en el sector de la salud pública.

Tanto la universalización de la seguridad social en la década de los setenta del pasado siglo como la conformación, a partir de los años noventa, de los equipos básicos de atención integral de la salud (EBAIS) han marcado hitos importantes en el rumbo del sistema de salud de Costa Rica hacia a la atención primaria de salud, para lo que la Caja Costarricese de Seguro Social ha sido fundamental como estructura organizativa.

El Plan Estratégico Institucional 2015-2018 de la Caja Costarricese de Seguro Social aborda estos desafíos mediante reformas del modelo de gestión, del modelo de prestación y del modelo de financiamiento, así como a través de varios proyectos estratégicos.

En el 2016, 242 instituciones públicas de salud se inscribieron para usar los servicios de telemedicinas y mejorar la conexión electrónica entre servicios clínicos, para así favorecer un mejor acceso funcional a la atención de salud.



CUBA

INDICADORES BÁSICOS SELECCIONADOS

1990-2015

	Valor 1990	Valor y año	Variación (%)
Ingreso nacional bruto, paridad de poder adquisitivo (PPA, US$ per cápita)	...	18 630 (2014)	...
Índice de desarrollo humano	0,676	0,769 (2013)	13,8
Promedio de años de escolaridad	8,5	11,1 (2014)	30,6
Población que usa instalaciones de agua potable mejoradas (%)	90,0	95,0 (2015)	5,6
Población que usa instalaciones de saneamiento mejoradas (%)	82,0	93,0 (2015)	13,4
Esperanza de vida al nacer (años)	74,6	78,4 (2015)	5,1
Mortalidad infantil (por 1 000 nacidos vivos)	10,5	4,3 (2015)	-59,0
Mortalidad materna (por 100 000 nacidos vivos)	...	41,6 (2015)	...
Incidencia de tuberculosis (por 100 000 habitantes)	25,0	5,8 (2015)	-76,8
Mortalidad por tuberculosis (por 100 000 habitantes)	0,6	0,3 (2015)	-50,0
Cobertura de inmunización contra el sarampión (%)	94,0	100,0 (2015)	6,4
Cobertura de atención del parto por personal cualificado (%)	...	99,9 (2015)	...



Población en 1990 (millones)	10,5
Población en el 2015 (millones)	11,2
Variación (%)	6,7



La República de Cuba es un archipiélago conformado por la isla de Cuba y más de 1 600 islas, islotes y cayos, con una extensión de 109 884 km^2. Su división administrativa incluye 15 provincias y 168 municipios.

Entre 1990 y el 2015, la población aumentó 6,7%, alcanzando 11 239 004 habitantes en el 2015. Ese año, la población urbana era de 8,6 millones de habitantes y la rural, de 2,6. El grado de urbanización, en el 2010, alcanzó a 76,9% de la población.

En 1990 su estructura era de tendencia expansiva en los mayores de 30 años, pero en el 2015 la población menor de 30 años adquirió una forma regresiva por la baja fecundidad y mortalidad.

En el 2015, la esperanza de vida al nacer era 78,4 años (80,4 años en mujeres y 76,5 en hombres).

En el 2015, se obtuvo un índice de desarrollo humano alto, con el lugar 67 entre los 188 países del mundo.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

En el 2014, 95,2% de la población contaba con acceso a agua potable (98,1% en la población urbana y 85,4% en la rural), y 96,7% a saneamiento básico (98,2% en la población urbana y 91,7% en la rural).

Del grupo de 60 a 74 años, 57% ha completado estudios de nivel medio y universitario, alcanzándose en promedio, en el año 2015, 11,1 años de escolaridad.

En el 2015, se produjo un movimiento migratorio interno de 80 581 habitantes (41 524 hombres y 39 057 mujeres). La Habana fue el destino de preferencia. En el mismo año, el país rompió récords en las llegadas de visitantes foráneos con 3 524 779 personas, lo cual significó, respecto al 2014, 17,4% de crecimiento del rubro turístico, el segundo ingreso económico más importante en Cuba.

La Política Nacional de Salud concibe la salud como un componente esencial del bienestar del ser humano y como un objetivo estratégico del desarrollo. Los servicios de salud se brindan de manera diferenciada, según las necesidades de cada territorio, comunidad, grupo de población, familia e individuo, para garantizar la equidad y la eficiencia a partir del diagnóstico de la situación de salud en cada nivel.

La elevación del nivel del mar continuará representando el principal peligro consecuencia del cambio climático por efecto de inundaciones costeras, salinización de los acuíferos y el suelo, así como por la destrucción del patrimonio natural y humano cercano a la costa.

Cuba está expuesta al paso de huracanes. En el 2012, el huracán Sandy causó la muerte a 11 personas y más de un centenar de heridos, y graves inundaciones y daños materiales.

SITUACIÓN DE LA SALUD Y DEL SISTEMA DE SALUD

En el 2015, la tasa de fecundidad fue de 45,1 nacidos vivos por 1 000 mujeres en edad fértil. Ese año, la razón de mortalidad materna fue de 41,6 muertes por 100 000 nacidos vivos, por causas principalmente directas (24,8 muertes por 100 000 nacidos), más frecuentes que las indirectas (16,8).

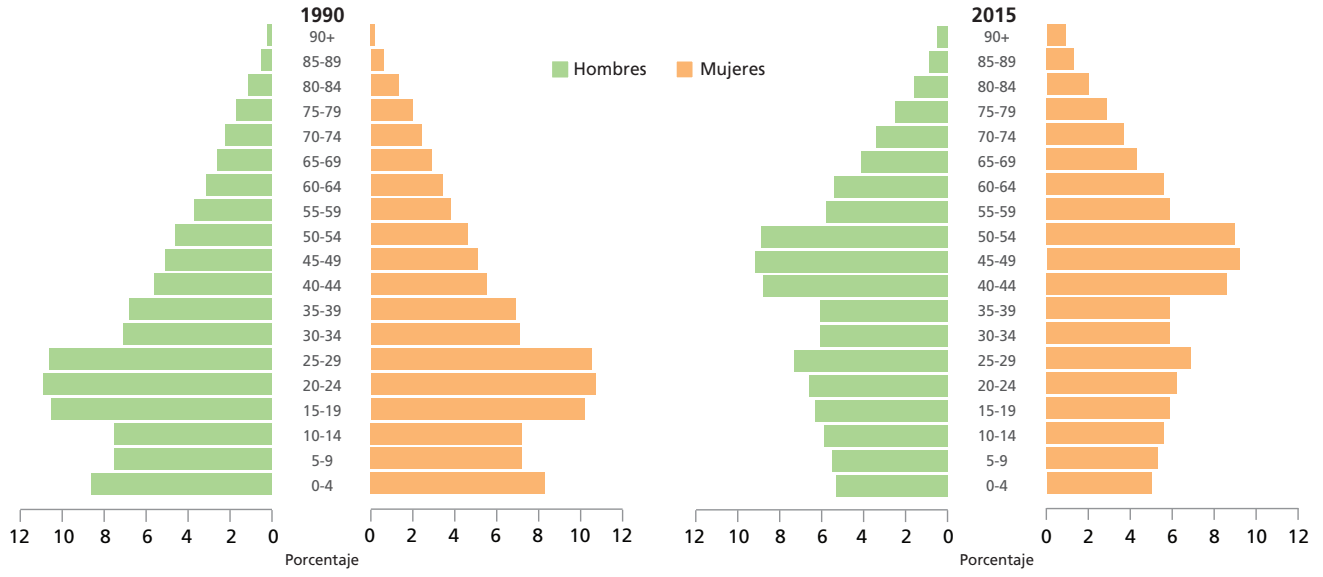
La tasa de mortalidad infantil ha continuado descendiendo de forma sostenida, y alcanza 4,3 muertes por 1 000 nacidos vivos en el 2015. Más de 80% de las muertes fueron provocadas por afecciones del período perinatal, malformaciones congénitas, influenza y neumonía, accidentes y sepsis. El porcentaje de bajo peso al nacer fue de 5,3%.

En el período 2010-2015, la tasa de mortalidad en menores de 5 años se mantuvo en 5,7 muertes por 1 000 nacidos vivos. Por otra parte, la mortalidad específica en el grupo de 5 a 9 años fue de 0,2 defunciones por 1 000 habitantes, y las primeras causas fueron los accidentes y los tumores malignos. En los adolescentes de 10 a 19 años los accidentes fueron la primera causa de muerte.

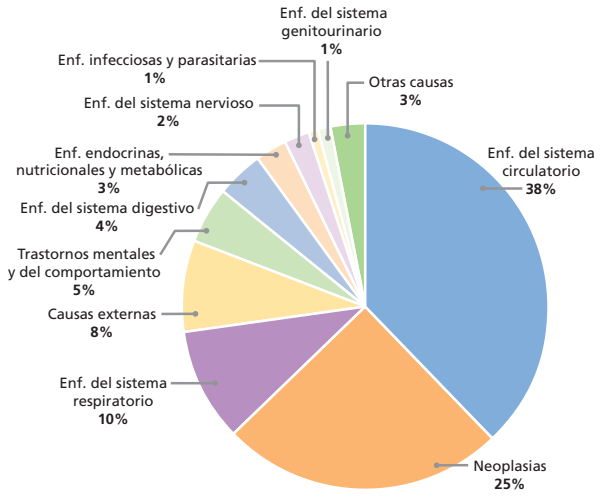
El Programa Nacional de Inmunizaciones, que protege contra 13 enfermedades, ha logrado la eliminación de la poliomielitis, la difteria, el sarampión, la tos ferina, la rubéola, la parotiditis, el tétanos neonatal y la meningitis tuberculosa en el menor de 1 año, el síndrome de rubéola congénita y la meningoencefalitis posparotiditis. Las coberturas de vacunación se han mantenido por encima de 98,7% en el período analizado en todos los niveles territoriales.

La tasa de incidencia por enfermedad meningócocica se mantiene en 0,1 por 100 000 habitantes.

Estructura de la población según edad y sexo, Cuba, 1990 y 2015



Mortalidad proporcional (% defunciones totales, todas las edades, ambos sexos), 2014



En el 2014, las enfermedades del sistema circulatorio causaron 38% de las muertes y las neoplasias, 25%. Entre ambos grupos de causas se produce casi dos tercios del total de muertes, en una población envejecida en que las defunciones se producen principalmente en adultos mayores.

La tasa de mortalidad general en el 2015 fue de 8,9 muertes por 1 000 habitantes. Entre las 10 primeras causas de muerte, las enfermedades cardíacas ocupan el primer lugar, con una tasa de 218,3 muertes por 100 000 habitantes, casi similar a la de los tumores malignos (215,0). Las principales causas de muerte de las personas entre 20 y 59 años son los tumores malignos, las enfermedades cardíacas y los accidentes de tránsito.

En el 2015, la prevalencia de hipertensión en el país fue de 217,5 por 1 000 habitantes, superior a la registrada en el 2010, que fue de 202,7. La prevalencia de sobrepeso y obesidad en preescolares alcanzó 10,5% y 5,9%, respectivamente. La población con subnutrición corresponde a menos de 5%, un porcentaje alcanzado gracias a subsidios estatales a alimentos básicos, y cobertura y apoyo a grupos vulnerables. En el 2010, 43,8% de la población tenía sobrepeso y 14,8% obesidad, en ambos casos con predominio del sexo femenino (47,1% y 18,1%, respectivamente).

En el 2015 hubo 1 623 casos de dengue confirmados. Ese mismo año se confirmaron 40 casos de chikunguña y se identificaron eventos de transmisión de cólera, que ocasionaron 65 casos confirmados.

La pesquisa activa de casos febriles, la vigilancia en fronteras y el saneamiento ambiental han sido factores importantes para controlar el dengue, el chikunguña, el Zika y la fiebre amarilla, en tanto que el control del mosquito *Aedes aegypti* constituye el elemento clave para interrumpir su transmisión.

En el 2015, la tasa de paludismo registrada fue de 0,01 casos por 100 000 habitantes, todos ellos importados. Cuba mantiene los estándares de eliminación de esta enfermedad y los de fiebre amarilla.

En el 2015, la lepra presenta una prevalencia de 0,2 casos por 10 000. La tasa de incidencia de tuberculosis fue de 5,8 por 100 000; destaca su bajo nivel y los esfuerzos que están realizándose para su eliminación. En el 2015, la prevalencia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en la población de 15 a 49 años fue de 0,27%.

Desde el 2009 no se han notificado casos de rabia humana. En el 2014 se registraron 175 casos de leptospirosis, principalmente en hombres que trabajan en el sector agrícola.

La inversión del Gobierno en biotecnología ha fomentado progresos significativos en el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno del cáncer, aumentando así su sobrevida. En el 2015 se estimaba que cerca de 120 000 personas padecían esta enfermedad.

En el 2015 ocurrieron 11 104 accidentes de tránsito, con 788 fallecidos y 8 185 lesionados. El país cuenta con un Plan de Seguridad Vial que tiene como objetivo reducir la tasa de muertes a 5 por 100 000 habitantes en un período de 15 años.

El Programa Nacional de Salud Ocupacional contempla la realización de exámenes preempleo y periódicos en la atención primaria. Hay un segundo nivel de atención más especializado en tratamiento de enfermedades profesionales o accidentes laborales. Los nuevos grupos de trabajadores del sector no estatal en el 2015 sobrepasaban la cifra de 500 000 personas.

Respecto al tabaco, 40% de los hombres y 20% de las mujeres reportaron haberlo consumido alguna vez. La prevalencia va en disminución, salvo en el grupo de adolescentes, en el que se mantiene sin modificaciones.

El consumo de bebidas alcohólicas es superior en hombres (47%) que en mujeres (19%). De los adolescentes menores de 15 años, refiere consumir alcohol el 11% de los hombres y 3% de las mujeres.

El desarrollo y consolidación del Sistema Nacional de Salud (SNS), del cual el Ministerio de Salud Pública es el órgano rector, ha sido un esfuerzo prioritario desde 1959, con importantes esfuerzos e inversiones realizados. El SNS se organiza y funciona según los principios de universalidad, gratuidad, accesibilidad, regionalización e integralidad. El sistema está estructurado en tres niveles territoriales (nación, provincia y municipio) y en tres niveles de atención, a partir de una red de servicios integrados e integrales, generales y especializados, y descentralizados y regionalizados, que van desde el primer nivel de atención hasta el terciario, con un enfoque de atención primaria de salud.

Existe un sistema de Seguridad Social conformado por el régimen de seguridad social y el de asistencia social. El primero garantiza la protección a toda persona con discapacidad y otorga pensiones, subvenciones económicas por licencias de maternidad y subsidios por enfermedad o accidentes. El segundo ofrece atención a los ancianos y personas con discapacidad a través de programas dirigidos a mejorar la calidad de vida y la integración a la sociedad.

En el 2015, se disponía de 11 958 unidades de asistencia médica, 151 hospitales y 12 institutos de investigación que constituyen el mayor nivel de especialización del SNS. El total de camas de asistencia médica es de 45 892, mientras que las de asistencia social ascienden a 14 168.

El gasto per cápita en salud en el 2015 fue equivalente a US$ 639,6, con un muy bajo nivel de gasto de bolsillo en salud. En el período 2010-2015 se ha desarrollado un proceso de transformaciones necesarias del SNS cuyos propósitos han sido continuar aumentando el nivel de salud de la población, incrementar la calidad y satisfacción con los servicios y hacer más eficiente y sostenible el sistema.

En el 2015 se contaba con 495 609 trabajadores de la salud, y 70,6% de ellos eran mujeres. Se disponía de 7,84 médicos por 1 000 habitantes, logrando una cobertura universal del Programa del Médico y la Enfermera de la Familia.

Desde el 2015, el país ha iniciado estrategias de monitoreo y evaluación con el apoyo de la informatización y alfabetización digital. Su aplicación constituye un reto insoslayable para alcanzar un desarrollo social más pleno y sostenible. Infomed es la red telemática de información del SNS.

La industria biotecnológica produce un conjunto de 525 medicamentos genéricos y 8 vacunas, lo que además aporta divisas para el financiamiento del SNS mediante su exportación. Los servicios médicos cubanos en el exterior también constituyen una importante fuente de financiamiento que contribuye a la sostenibilidad del SNS.

LOGROS, DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS

En el 2015 Cuba cumplió con los Objetivos de Desarrollo del Milenio. El país también mantiene la decisión de cumplir con los acuerdos internacionales adoptados en materia de derechos de la mujer, y se dirige hacia el logro de la equidad de género.

La dinámica y características demográficas del país ocupan una atención prioritaria. Entre dichas características destacan la baja fecundidad de la población, el envejecimiento y la consecuente pérdida de la tasa de reemplazo, con aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles.

Las enfermedades crónicas, además de su elevada mortalidad, provocan importantes cargas caracterizadas por agudizaciones recurrentes con discapacidad creciente, y estas condiciones ejercen mayor presión de demanda de servicios de salud. Para ello, se requiere una mayor asignación de recursos humanos, materiales y financieros con el fin de satisfacer las necesidades de salud.

Es importante mejorar la resiliencia y la capacidad de respuesta del sector salud a la relación entre el cambio climático y la salud humana. Este requerimiento apela a la necesidad de nuevas acciones clave. Un gran desafío para los próximos años es responder a la necesidad de adoptar los mecanismos para asegurar la sostenibilidad y proyección de sus logros en un marco caracterizado por una nueva realidad demográfica, epidemiológica, económica, social y política.

PUNTOS ADICIONALES

El 30 de junio del 2015, Cuba recibió el reconocimiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como primer país del mundo en obtener la certificación de la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita, para lo que se sometió a un riguroso proceso de revisión y presentación de un informe de país que documenta todo lo realizado para conseguir y sostener este logro.

El programa de salud escolar, orientado a la promoción de la salud y a la prevención de enfermedades, presta servicios de salud mediante médicos y enfermeros a los menores de 5 años en los círculos infantiles, las escuelas primarias con matrícula superior a 600 alumnos, los centros con régimen de internado y las escuelas de enseñanza especial. Se han reducido, así, los factores de riesgo, morbilidad y mortalidad en la población escolar, y se trabaja desde la comunidad, de forma integrada, intersectorial e interdisciplinaria, para fomentar los hábitos y conductas saludables.

El aporte de los 136 hogares maternos existentes en el país, como centros de referencia comunitaria para la atención a las mujeres embarazadas y que tienen el propósito de garantizar la prevención de la morbimortalidad, representan una fortaleza del SNS para resguardar y seguir mejorando la situación maternoinfantil. Los médicos de familia brindan atención integral domiciliaria e institucional, con apoyo de los equipos multidisciplinarios de atención geriátrica. Se pusieron en marcha dos nuevos servicios de geriatría en el país, que se sumaron a un total de 36 y que alcanzaron una dotación de 769 camas en el 2014.



CURAÇAO

INDICADORES BÁSICOS SELECCIONADOS

1990-2015

	1990 valor	Valor y año	Variación (%)
Ingreso nacional bruto, paridad de poder adquisitivo (PPA, US$ per cápita)	...	...	...
Índice de desarrollo humano	...	...	...
Promedio de años de escolaridad	...	...	...
Población que usa instalaciones de agua potable mejoradas (%)	...	...	...
Población que usa instalaciones de saneamiento mejoradas (%)	...	...	...
Esperanza de vida al nacer (años)	...	**78,3** (2013)	...
Mortalidad infantil (por 1 000 nacidos vivos)	...	**11,3** (2013)	...
Mortalidad materna (por 100 000 nacidos vivos)	...	**0,0** (2013)	...
Incidencia de tuberculosis (por 100 000 habitantes)	...	...	...
Mortalidad por tuberculosis (por 100 000 habitantes)	...	...	...
Cobertura de inmunización contra el sarampión (%)	...	...	...
Cobertura de atención del parto por personal cualificado (%)	...	**90,0** (2015)	...



Población en 1990 (miles)	**146,7**
Población en el 2016 (miles)	**159,0**
Variación (%)	**8,4**



Curaçao se encuentra en el sur del mar Caribe, 65 km al norte de Venezuela. Se constituyó como país autónomo del Reino de los Países Bajos en el 2010, después de haber sido parte de las Antillas Holandesas.

En el 2016 su población era de 158 986 habitantes, con una relación hombre-mujer de 84:100, principalmente por la migración predominantemente de mujeres, por razones laborales, en especial en el grupo de los 30 a los 60 años. La esperanza de vida es de 74,8 años en los hombres y de 81,0 años en las mujeres.

La población aumentó 8,4% entre 1990 y el 2016. En 1990, la estructura de la población mostraba una tendencia expansiva lenta. Actualmente existe una mayor concentración en torno a los 50 años y es estacionaria por debajo de los 40 años de edad.

En el 2011, el producto interno bruto (PIB) per cápita (PPA) era de US$ 27 781. La economía del país se considera de altos ingresos, con estándares de vida de los más altos del Caribe.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Entre el 2001 y el 2011 la pobreza disminuyó de 34% a 25%. Los hogares con ingresos por debajo del umbral de la pobreza son más propensos a estar encabezados por mujeres, individuos desempleados, con bajo nivel educativo y personas solas con pensión de bienestar o estatal.

Los robos menores y la delincuencia callejera constituyen las principales preocupaciones de seguridad. Al igual que otras islas del antiguo Caribe holandés, Curaçao es un importante punto de tránsito del narcotráfico, aunque existe una intensa colaboración internacional para tratar de impedir ese contrabando en la región.

La calidad del aire se ve afectada por las operaciones de la antigua refinería de petróleo Isla.

La proporción de población inmigrante alcanzó 24,0% en el 2011. La principal procedencia de estas personas es de los Países Bajos (25,2%), República Dominicana (15,2%) y Colombia (12,7%). El número de migrantes indocumentados se estimó en 15 000 en el 2005. El sistema judicial aplica de forma estricta las medidas enérgicas en materia de inmigración ilegal, lo que desincentiva el acceso a la atención de la salud de estas personas.

SITUACIÓN DE LA SALUD Y DEL SISTEMA DE SALUD

El número de nacimientos y defunciones en Curaçao es relativamente pequeño, por lo que sus indicadores son más variables entre años consecutivos. No se han registrado muertes maternas en los últimos tres años. En el período 2010-2015, la tasa de mortalidad neonatal fluctuó entre 8,9 y 4,4 muertes anuales por 1 000 nacidos vivos, y la mortalidad infantil osciló entre 12,8 y 7,6 muertes por 1 000 nacidos vivos.

En el 2007, la cobertura de vacunas del programa nacional superaba 95% en el primer año de vida.

Entre el 2003 y el 2007 (últimos años con información disponible), las enfermedades cardiovasculares causaron 37% de las muertes, y los tumores, 26%, tanto de hombres como de mujeres.

En los hombres, las principales formas de neoplasias malignas fueron las de próstata (26%), pulmón y bronquios (19%) y colon (9%). En el caso de las mujeres, los principales tipos de cáncer fueron el de mama (26%), colon (13%) y ovarios (7%).

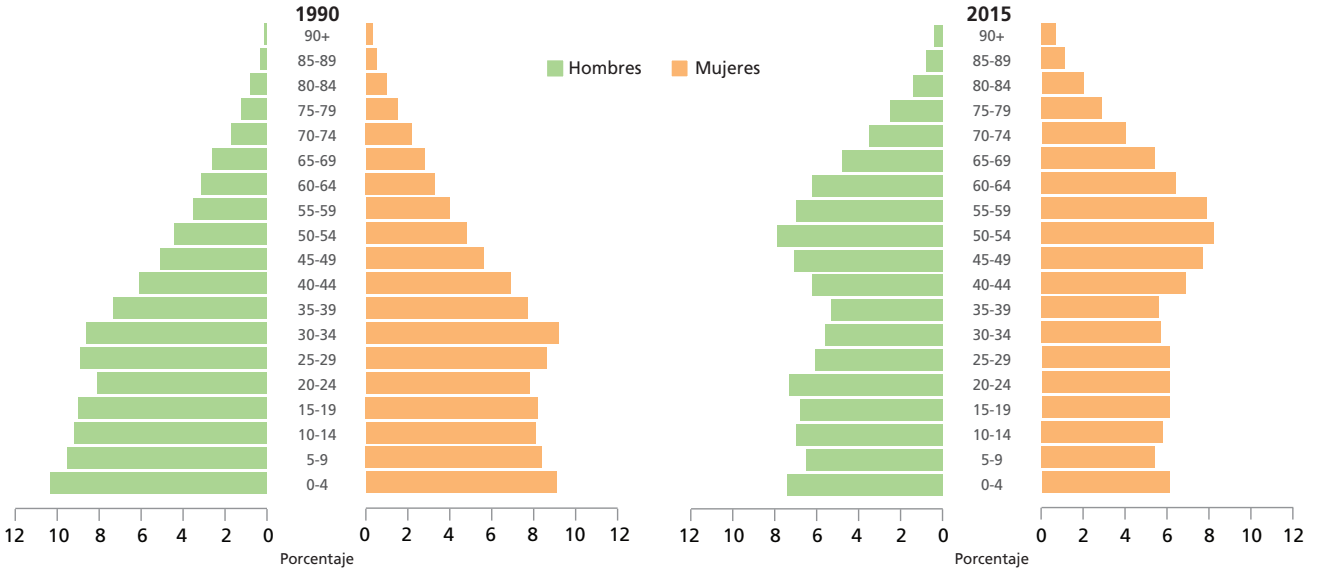
En el brote de dengue del bienio 2010-2011 se registraron 1 822 casos de dengue, confirmados serológicamente, y cuatro muertes. No se notificaron casos de malaria entre el 2008 y el 2012.

El virus chikunguña fue reportado por primera vez en el país en agosto del 2014, seguido por un gran brote durante la temporada de lluvias de 2014-2015; afectó a unas 20 000 personas.

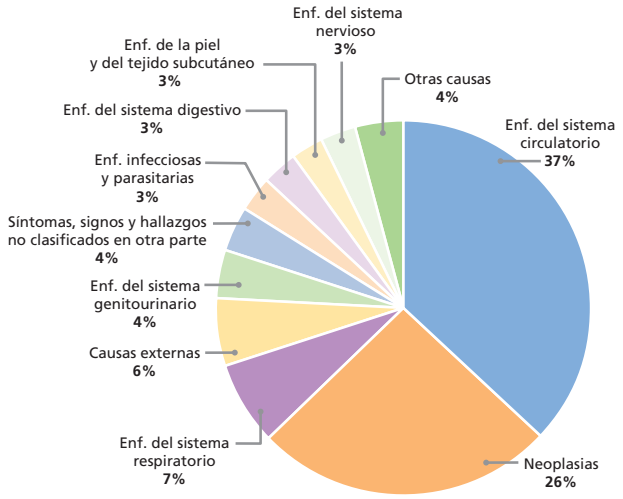
La presencia del virus del Zika se reportó por primera vez en enero del 2016 y hasta mayo de ese año se habían confirmado 208 casos mediante pruebas de laboratorio.

En el 2014, se registraron 94 nuevos casos de infecciones por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), que ascienden a un total de 1 830 casos de personas seropositivas en el país. Entre el 2002 y el 2010 se notificaron 14 casos de lepra.

Estructura de la población según edad y sexo, Curaçao, 1990 y 2015



Mortalidad proporcional (% defunciones totales, todas las edades, ambos sexos), 2007



En el 2013, 19,9% de la población mayor de 18 años de edad reportó hipertensión (23,5% en mujeres y 15,4% en hombres). En ese mismo año, 39,3% de los hombres tenían sobrepeso y 23,3% eran obesos, mientras que entre las mujeres en este grupo de población los porcentajes eran de 34,7% y 32,6%, respectivamente.

Las principales afecciones crónicas de los adultos a partir de 65 años son la hipertensión (46%), la diabetes mellitus (26%) y el colesterol alto (23%); 78% de las mujeres y 68% de los hombres de ese grupo etario dijeron vivir con al menos una enfermedad.

La legislación prohíbe fumar en espacios públicos cerrados, como restaurantes y bares; la norma se introdujo en el 2015. En el 2013, 15,5% de las personas de 18 años en adelante reportaron antecedentes de consumo de tabaco y 10,1% afirmó ser fumador diario.

En el 2013, entre los mayores de 18 años, 62% había consumido alcohol en el último año y 4,7% reportaba un consumo diario de esta sustancia. El uso era más frecuente en hombres que en mujeres (12,0% y 2,0%, del espectivamente).

El departamento de políticas del Ministerio de Salud, Medio Ambiente y Naturaleza es responsable de la gobernanza del sistema de atención de salud mediante la formulación, ejecución y evaluación de políticas, leyes y reglamentos. La atención preventiva la proporcionan médicos generales (o por las organizaciones de salud comunitaria, como la Dirección de Salud Pública).

Desde el 2010 se han realizado importantes reformas del sistema de salud. Se introdujeron nuevas estructuras de pago para algunos proveedores de atención médica y farmacias, se integraron diversos fondos en un seguro básico de salud (BVZ), se redujeron los gastos en medicamentos y se construyó un nuevo hospital general en Otrobanda.

En el 2011, el gasto en salud fue 16,6% del producto interno bruto. El gasto en salud per cápita fue de aproximadamente US$ 3 355 por año.

El sistema de seguro básico (BVZ) proporciona cobertura uniforme de atención médica a todos los asegurados. El programa se ejecuta a través del Banco de la Seguridad Social (SVB), que se financia con la recaudación del impuesto sobre la renta, con la contribución de empleadores y empleados.

El seguro privado se utiliza a menudo para la cobertura complementaria. Los servicios dentales, que generalmente no están cubiertos por el seguro social, son menos accesibles.

El sistema de salud es muy parecido al de los Países Bajos. Está organizado en sectores de atención primaria, secundaria y terciaria. La atención primaria incluye la que prestan médicos generales, paramédicos y farmacéuticos. La atención secundaria se proporciona en el Hospital Saint Elisabeth, el Hospital Adventista, clínicas privadas de médicos especialistas, y en el hospital psiquiátrico. La atención terciaria incluye el cuidado de enfermedades de larga duración y discapacidades. Generalmente se proporciona en instalaciones con atención especializada y confortable para estancias prolongadas. Los servicios de laboratorio clínico los prestan el laboratorio nacional y varios laboratorios privados.

En el 2015, los servicios de salud estaban disponibles a través de más de 400 proveedores. Ese año había 119 médicos especialistas en el país, incluyendo 80 médicos generales, 63 fisioterapeutas, 42 dentistas, 36 psicólogos y 29 farmacéuticos.

Hay universidades en la isla que imparten materias de medicina, pero ninguna está acreditada para que sus graduados tengan permiso de trabajar en la isla. Los profesionales de la salud se forman principalmente en los Países Bajos, Estados Unidos y América del Sur.

LOGROS, DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS

Se ha logrado mejorar la situación de salud de la población. Esta mejora se refleja en los indicadores de disminución progresiva de la mortalidad infantil y aumento de la esperanza de vida al nacer. La atención de salud también ha mejorado, como se refleja en la cobertura de vacunación superior a 97% para los niños nacidos después del 2007.

La mejora de la situación de salud de la población y la mayor expectativa de vida plantean desafíos relacionados con el aumento de la población de edad avanzada, lo que sigue produciendo cambios en el perfil epidemiológico, con un importante aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles.

El acceso a los servicios de salud es un desafío que se incrementará en los próximos años debido a la mayor demanda que se espera de una población creciente y envejecida, con mayor prevalencia de enfermedades crónicas. También se espera que aumenten las expectativas de la calidad de la atención y el uso de tecnologías innovadoras y costosas de salud.

La inmigración ha influido en la estructura de la población, con predominio de mujeres (razón de hombres/mujeres de 84/100 en el 2016), que es particularmente mayor en los grupos de 30 a 60 años, en edad de trabajar.

PUNTOS ADICIONALES

La esperanza de vida en Curaçao ha mejorado con el transcurso del tiempo.

La mortalidad de menores de 1 año ha disminuido en los últimos años.

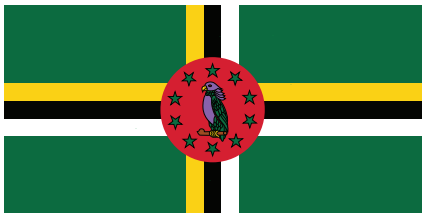
Se ha logrado una cobertura de vacunación de los niños nacidos después del 2007 por encima de 97% (evaluada sobre la base de la cobertura de las vacunas triple viral, *Haemophilus influenzae* de tipo b y trivalente oral contra la poliomielitis.

Uno de los grandes desafíos es el aumento de la población de personas mayores.

Las principales causas de muerte se deben a las enfermedades no transmisibles, que están aumentando en la población de personas mayores.

Los costos de salud se incrementarán debido a una mayor demanda del sistema.

En el 2005, la Fundación para el Cuidado de Extranjeros de Curaçao había estimado en 15 000 la población de inmigrantes sin documentación.



DOMINICA

INDICADORES BÁSICOS SELECCIONADOS

1990-2015

	Valor 1990	Valor y año	Variación (%)
Ingreso nacional bruto, paridad de poder adquisitivo (PPA, US$ per cápita)	...	10 480 (2014)	...
Índice de desarrollo humano	...	0,724 (2013)	...
Promedio de años de escolaridad	...	7,8 (2014)	...
Población que usa instalaciones de agua potable mejoradas (%)	95,0	97,0 (2015)	2,1
Población que usa instalaciones de saneamiento mejoradas (%)	81,0	81,0 (2015)	0,0
Esperanza de vida al nacer (años)	75,6	75,9 (2013)	0,4
Mortalidad infantil (por 1 000 nacidos vivos)	14,0	19,7 (2013)	40,7
Mortalidad materna (por 100 000 nacidos vivos)	...	...	...
Incidencia de tuberculosis (por 100 000 habitantes)	9,7	1,4 (2013)	-85,9
Mortalidad por tuberculosis (por 100 000 habitantes)	9,2	3,7 (2013)	-59,8
Cobertura de inmunización contra el sarampión (%)	88,0	96,0 (2015)	9,1
Cobertura de atención del parto por personal cualificado (%)	...	96,0 (2015)	...



Población en 1990 (miles)	70,0
Población en el 2015 (miles)	69,7
Variación (%)	-0,5



Dominica, la más septentrional, extensa y montañosa de las islas de Barlovento, está ubicada entre Guadalupe, al norte, y Martinica, al sur. El país tiene una superficie de algo más de 750 km^2.

Entre 1990 y el 2015, la población se ha mantenido relativamente similar, alcanzando a 69 665 habitantes a fines del 2014. En 1990, la estructura de la población era expansiva, mientras que en el 2015 había adoptado una estructura estacionaria en los grupos menores de 45 años de edad. Entre 1990 y el 2010, se produjo una disminución en la proporción de niños, adolescentes y jóvenes, y un aumento de la proporción de las personas de 60 años o más.

Las personas de origen africano representaban 84,7% de la población, lo que supone una disminución de 86,75% en los diez últimos años. Por otro lado, la población indígena kalinago aumentó en 26,5%, y pasó a representar 3,7% de la población, en contraposición al 2,9% en el 2001. La población de blancos, o caucásicos, aumentó bruscamente, en 55%.

La economía se basa principalmente en las exportaciones de la agricultura, el turismo y las actividades manufactureras, pero en el 2015 fue seriamente afectada por la tormenta tropical Erika y aún se encuentra en un proceso de lenta recuperación.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

En el 2011, la tasa de desempleo fue de 11,3%. En el 2009 el nivel de pobreza del país se había reducido de 39% en el 2003 a 28,8% en el 2009. La pobreza absoluta también había disminuido de 10% en el 2003 a 3,1% en el 2009. La tasa de vulnerabilidad se calcula en 11,5%.

Los pueblos indígenas (los kalinago) soportan la mayor carga de pobreza: 49% de los kalinago son pobres, en comparación con el promedio nacional, de 28,8%.

El programa Sí Cuidamos brinda ayuda a las personas mayores más vulnerables que necesitan ayuda con actividades de la vida diaria.

El país proporciona enseñanza primaria y secundaria universal a ambos sexos; la meta ahora es lograr la enseñanza preescolar universal. La relación entre niñas y niños en enseñanza primaria es de 96,7:100, y en la enseñanza secundaria, de 96,3:100.

Al menos 97% de la población tiene acceso a agua potable y hay un proyecto gubernamental para asegurar que todas las casas estén conectadas a una alcantarilla o tanque séptico. Dispone de un sistema de recolección de residuos sólidos para toda la nación que recoge los desechos de cada comunidad y luego los transporta a un vertedero.

Una plaga que afectó gravemente el cultivo de la banana dio lugar a una disminución drástica en los ingresos correspondientes, de US$ 11 millones a US$ 1 millón, entre el 2012 y el 2015.

La posición y la topografía de la isla la hacen vulnerable a tormentas tropicales y huracanes anuales que predisponen a inundaciones repentinas y deslizamientos de tierra en áreas bajas. La isla está expuesta a un alto riesgo de pérdida de vidas y daños a la propiedad como consecuencia de estos fenómenos.

Debido al cambio climático, se espera que estos eventos aumenten y pongan al país en mayor riesgo de desastres.

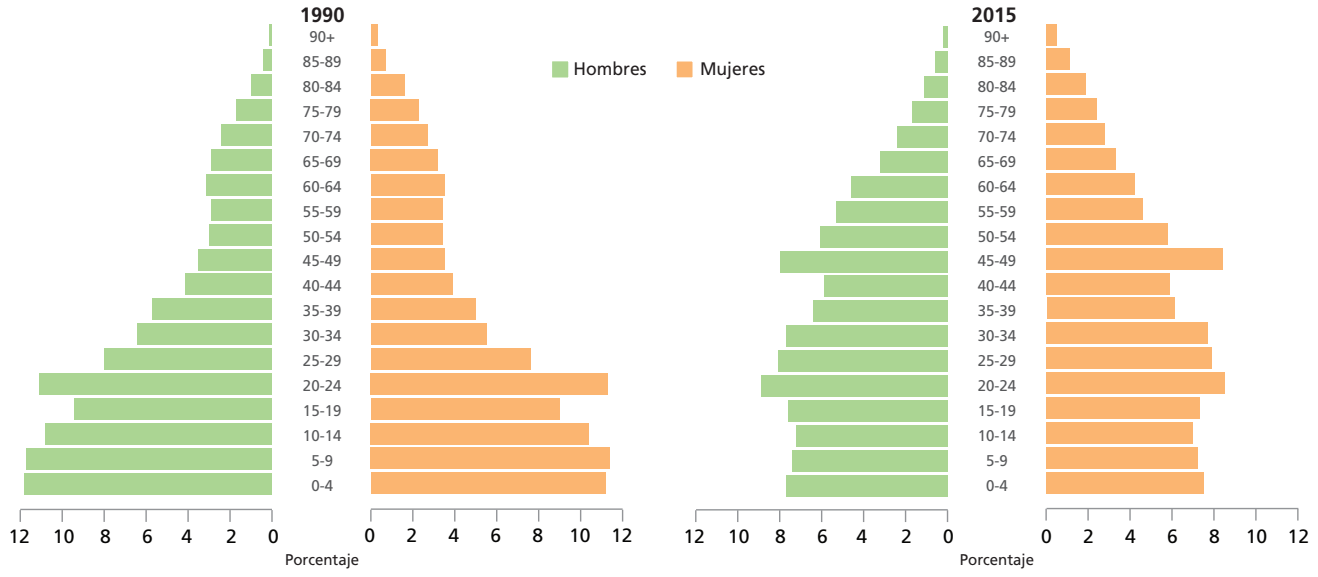
En el 2015, la tormenta tropical Erika provocó deslizamientos de tierra e inundaciones, con graves daños a las infraestructuras en toda la isla. Afectó a 28 000 personas, causando 14 muertes y la desaparición de 16 personas. Un total de 574 personas perdieron sus casas y 1 034 fueron evacuadas de sus hogares.

El impacto en el agua, los alimentos y los sistemas de salud presentó una serie de riesgos para la salud de la población en general. El daño al país se estimó en más de 90% del producto interno bruto (PIB).

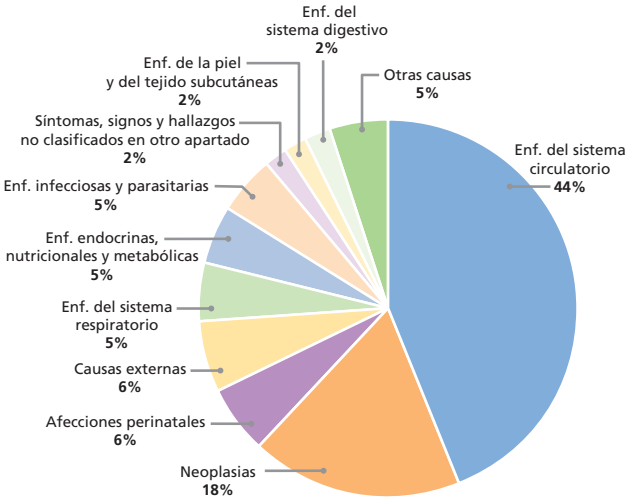
En lo que se refiere a los desplazamientos internos de población, muchos residentes rurales se mudan a las ciudades en busca de empleo, dejando sin apoyo familiar a muchas personas mayores. A su vez, hay inmigración de haitianos y desde la República Dominicana.

Muchos dominicanos han emigrado a Anguila, Antigua y Estados Unidos en busca de empleo. Los niños pequeños se quedan al cuidado de "progenitores" mayores, lo que en muchos casos plantea un problema social.

Estructura de la población según edad y sexo, Dominica, 1990 y 2015



Mortalidad proporcional (% defunciones totales, todas las edades, ambos sexos), 2014



SITUACIÓN DE LA SALUD Y DEL SISTEMA DE SALUD

La mortalidad materna para los años 2013 y 2014 se mantuvo en cero. La cobertura de la atención prenatal y del parto es universal, atendida por personal de salud capacitado.

La tasa de mortalidad infantil ha fluctuado entre el 2005 y el 2014, entre 9,4 muertes por 1 000 nacidos vivos en el 2008 hasta 30,1 el 2013.

En el quinquenio 2010-2014, la cobertura de vacunas ha sido casi universal, destacando 98% para BCG (antituberculosa) y 97% para antipoliomielítica, hepatitis B, *Haemophilus influenzae* de tipo B (Hib) y DPT (difteria, tétanos y tos ferina). La cobertura de la vacuna triple vírica es de 96% para la primera dosis y de 94% para la segunda. En el 2013 se registró un caso de tétanos no neonatal.

En el 2014, las enfermedades del sistema circulatorio fueron la causa de 44% de las defunciones, y las neoplasias, 18%. Esos dos grupos de enfermedad provocan casi dos tercios de las muertes totales.

En relación con el virus chikunguña, se registra su introducción a fines del 2013. Hasta el 2016 se habían registrado 3 771 casos, de los cuales 173 fueron confirmados en laboratorio. Entre marzo y julio del 2016 se registraron un total de 723 casos del virus del Zika, 65 de ellos confirmados por laboratorio. Cinco mujeres embarazadas fueron diagnosticadas con Zika, además de un paciente con síndrome de Guillain-Barré que fue tratado en Martinica.

El dengue es endémico en Dominica. Hubo brotes en el 2010 y el 2013, con 641 y 233 casos, respectivamente. En el año 2010 se notificó una muerte asociada con el dengue. Durante los últimos cinco años, Dominica ha sufrido un brote de leptospirosis, con un total de 41 casos notificados, incluyendo cuatro muertes (tasa de letalidad de 10%).

En el 2015 se registraron siete casos de tuberculosis. Todos ellos recibieron atención gratuita con el método de tratamiento bajo observación directa. En el 2013 hubo un caso resistente a rifampicina.

Durante los últimos cinco años solo se han notificado dos casos de coinfección por el bacilo de la tuberculosis y el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

En el 2014, la incidencia de infección por VIH representó una tasa de 0,26 casos por 1 000 habitantes. La epidemia de VIH continúa siendo de predominio masculino.

La prevalencia de diabetes es de 17,7% (22,0% en hombres y 12,0% en mujeres). Las principales complicaciones observadas son amputaciones de los miembros inferiores y la retinopatía diabética que conduce a la ceguera.

La prevalencia de hipertensión entre adultos es de 32,1%, con relativamente similar nivel en ambos sexos.

Las enfermedades cerebrovasculares fueron la principal causa de muerte en Dominica en personas de 65 años o más en el período 2009-2014.

El sobrepeso y la obesidad han reemplazado al retraso del crecimiento y el peso bajo como los tipos principales de malnutrición en los niños de 0 a 5 años de edad, y los datos para el 2014 indican un aumento de la obesidad en ese grupo de edad. En el 2009, una cuarta parte de los estudiantes de 13 a 15 años presentaba sobrepeso.

El Ministerio de Salud tiene el rol de liderazgo y la gobernanza del sistema de salud. En la actualidad, es necesario fortalecer la función rectora de dicho Ministerio.

Dominica está comprometida con lograr la atención de salud universal para todos sus ciudadanos.

El plan estratégico nacional para la salud 2009-2019 destaca áreas prioritarias, incluyendo el estado de salud de la población, los determinantes sociales en la salud, la gestión de los servicios y la capacidad de respuesta, incluida la calidad y su sostenibilidad, y la organización y gestión del sistema de salud.

Se han elaborado varias políticas de salud en los últimos años, así como planes de aplicación, aunque se requiere adoptarlos de modo más efectivo. El Gobierno ha adoptado el enfoque de salud en todas las políticas particularmente en la lucha contra las enfermedades no transmisibles.

Los servicios de salud se financian principalmente mediante los impuestos generales. Los servicios se prestan sin costo alguno para todos en el nivel de atención primaria de salud.

Los servicios se ofrecen en el nivel primario y secundario, la mayor parte de la atención terciaria se presta fuera del país. La prestación de la atención primaria se ha estructurado en siete distritos que se agrupan en dos regiones administrativas. Cada distrito tiene su propio presupuesto, que se administra a nivel central debido a la falta de recursos humanos. Los centros asistenciales incluyen 52 dispensarios o centros de salud y dos hospitales de distrito.

El hospital Princesa Margarita es el principal y se ha comenzado la construcción de un nuevo hospital general.

Los servicios privados siguen siendo de poca cuantía y la mayoría se limitan a la atención ambulatoria prestada por profesionales privados. La mayoría de la atención terciaria se proporciona fuera de la isla.

El sistema de salud está expuesto a la renuncia de enfermeras por emigración. En el período 2008-2014 hubo 24 renuncias del servicio de enfermería, y 17 enfermeras renunciaron en el 2015.

El Ministerio de Salud está adoptando un sistema de información electrónico integrado, denominado sistemas integrados de información de salud de Dominica (DIISH). Los 52 centros de atención primaria de salud del país se vincularán a esta red, lo que les permitirá recopilar información localmente y hacer uso de ella sin necesidad de conexión. El acceso a la información sobre la salud es limitado y hay necesidad de un identificador nacional único.

LOGROS, DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS

Dominica sigue enfrentando el doble desafío de avanzar hacia el logro de la cobertura universal de salud, para lo cual se requiere un alto nivel de protección financiera. Sin embargo, el presupuesto gubernamental es muy limitado y debe distribuirse entre muy diversas prioridades en competencia.

La incidencia de los accidentes cerebrovasculares, principalmente debido a la hipertensión no controlada, es alta. Algunas prácticas culturales y un elevado nivel de incumplimiento del tratamiento son motivos de preocupación para el personal de salud.

La reducción de las tasas de fecundidad y el aumento de la longevidad seguirán favoreciendo el envejecimiento de la población de Dominica.

Mediante algunas intervenciones como el Fondo de Inversión Social, el Fondo Fiduciario para las Necesidades Básicas (una iniciativa destinada a mejorar la vivienda en el país) y otra para proporcionar educación secundaria universal, el Gobierno está procurando mejorar la salud abordando los determinantes sociales. Asimismo, ofrece ayuda a los más vulnerables entre los ancianos brindándoles asistencia en las actividades cotidianas.

Es imprescindible una mayor coordinación en la gestión de los fondos destinados a la referencia de pacientes para ser tratados en el extranjero, cuando sea necesario.

También se considera necesaria una expansión de la atención primaria, considerando que los servicios de atención secundaria serán limitados durante la fase de construcción del nuevo hospital.

PUNTOS ADICIONALES

En el 2009, el Ministerio de Salud, realizó un estudio sobre el envejecimiento y la salud para conocer y clasificar la situación actual de las personas mayores. El propósito fue orientar el desarrollo de una política que sirva de guía para las estrategias de implementación de programas comunitarios de envejecimiento saludable.

Los servicios de salud son generales y no cuentan con servicios o programas destinados en forma específica a las personas mayores.

En los próximos cinco años, el sector de la salud se centrará en la construcción del nuevo hospital general. Este emprendimiento requerirá además la revisión de los recursos humanos en materia de salud y el financiamiento de los servicios de salud.

Simultáneamente habrá una renovación de la atención primaria de salud, ya que será necesario ampliar los servicios habida cuenta de que durante la fase de construcción del nuevo hospital los servicios de atención secundaria de salud quedarán limitados.

Se ha elaborado una estrategia nacional sobre la salud ambiental conforme a las metas e indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la agenda para el desarrollo después del 2015.



ECUADOR

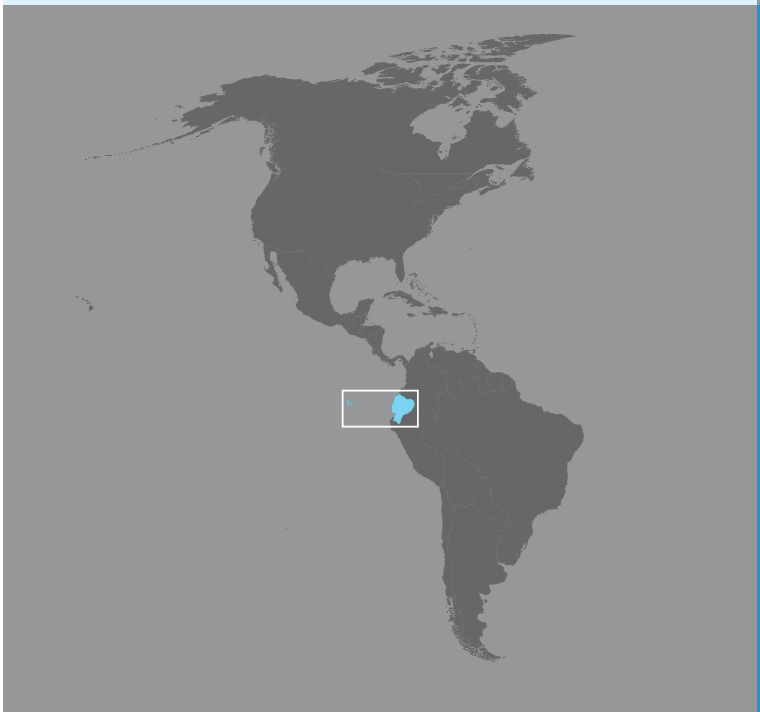
INDICADORES BÁSICOS SELECCIONADOS

1990-2015

	Valor 1990	Valor y año	Variación (%)
Ingreso nacional bruto, paridad de poder adquisitivo (PPA, US$ per cápita)	...	**11 190** (2014)	...
Índice de desarrollo humano	**0,643**	**0,732** (2013)	**13,8**
Promedio de años de escolaridad	**6,6**	**8,3** (2014)	**25,3**
Población que usa instalaciones de agua potable mejoradas (%)	**74,0**	**87,0** (2015)	**17,6**
Población que usa instalaciones de saneamiento mejoradas (%)	**57,0**	**85,0** (2015)	**49,1**
Esperanza de vida al nacer (años)	**68,8**	**76,4** (2016)	**11,0**
Mortalidad infantil (por 1 000 nacidos vivos)	**44,2**	**8,4** (2014)	**-81,0**
Mortalidad materna (por 100 000 nacidos vivos)	...	**49,2** (2014)	...
Incidencia de tuberculosis (por 100 000 habitantes)	**174,0**	**32,4** (2013)	**-81,4**
Mortalidad por tuberculosis (por 100 000 habitantes)	**19,0**	**2,0** (2013)	**-89,5**
Cobertura de inmunización contra el sarampión (%)	**60,0**	**84,0** (2015)	**40,0**
Cobertura de atención del parto por personal cualificado (%)	...	**77,0** (2015)	...



Población en 1990 (millones)	**10,2**
Población en el 2015 (millones)	**16,3**
Variación (%)	**59,8**



Ecuador se ubica en la costa noroeste de América del Sur y limita con Colombia, Perú y el océano Pacífico. Tiene una superficie de 256 370 km^2 y se divide en cuatro regiones: Costa, Sierra, Amazonía e Insular. Políticamente lo componen 24 provincias y 269 cantones, con sus respectivas parroquias.

Entre 1990 y el 2015, la población aumentó 59,8% hasta alcanzar 16 278 844 habitantes en el 2015. Se caracteriza por ser multiétnica y pluricultural y está compuesta por población mestiza (71,9%), montubia (7,4%), afroecuatoriana (7,2%), indígena (7,0%), blanca (6,1%) y otras etnias (0,4%). Su estructura mantiene una tendencia expansiva, pero se ha conformado más intermedia (entre expansiva y estacionaria), en especial en el grupo de los menores de 25 años.

En el 2016, la esperanza de vida era de 76,4 años (73,7 en hombres y 79,1 en mujeres).

El producto interno bruto (PIB) en el 2014 creció en 3,8% y tuvo un nivel per cápita (PPA) de US$ 11 190. Su economía ha sido favorecida por los altos precios del petróleo, los flujos de financiamiento externo y una mejor recaudación de impuestos.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Entre el 2008 y el 2014 el país experimentó un crecimiento económico, con un producto interno bruto (PIB) que promedió 4,6% de aumento.

En el 2014, la pobreza era de 22,5% y el coeficiente de Gini, que sintetiza la desigualdad de ingresos, era de 0,47. La tasa de desempleo nacional en el 2015 fue de 4,5% (5,7% en mujeres y 3,6% en hombres).

La tasa de analfabetismo en la población de entre 15 y 39 años era de 6,8% en el 2010 y bajó casi a la mitad en el 2013 (324 000 personas). La tasa de asistencia a la educación general básica de la población de 5 a 14 años era de 96,3% en el año 2015.

Entre el 2006 y el 2013, se registró una reducción de la tasa de homicidios de 17,8 a 10,8 por cada 100 000 habitantes, después de implementarse el Plan Nacional de Seguridad Integral en el 2011.

En el 2015, la cobertura de acceso al agua potable mejorada era de 87% y a las instalaciones de saneamiento mejoradas, de 85%.

El país está expuesto a desastres naturales, como erupciones volcánicas, terremotos y tsunamis. En el 2015, se declaró el estado de emergencia por la erupción del Cotopaxi y del Tungurahua, y en abril del 2016 un terremoto en la costa causó daños significativos en la infraestructura del sector social, como educación y salud.

SITUACIÓN DE LA SALUD Y DEL SISTEMA DE SALUD

En el 2014, la tasa de mortalidad materna fue de 49,2 por 100 000 nacidos vivos. Las principales causas fueron los trastornos hipertensivos y la hemorragia posparto. En el 2012, 19,4 % de los nacimientos se dio en mujeres menores de 20 años.

La cobertura de control prenatal (24,6%) es baja. Entre el 2000 y el 2015, la tasa de natalidad se redujo de 19,5 a 14,3 por 1 000 habitantes.

Entre el 2000 y el 2014, la tasa de mortalidad infantil se redujo de 15,5 a 8,4 muertes por 1 000 nacidos vivos. Las principales causas fueron la dificultad respiratoria del recién nacido (6,4%) y los trastornos relacionados con la duración corta de la gestación y el bajo peso al nacer (6,2%).

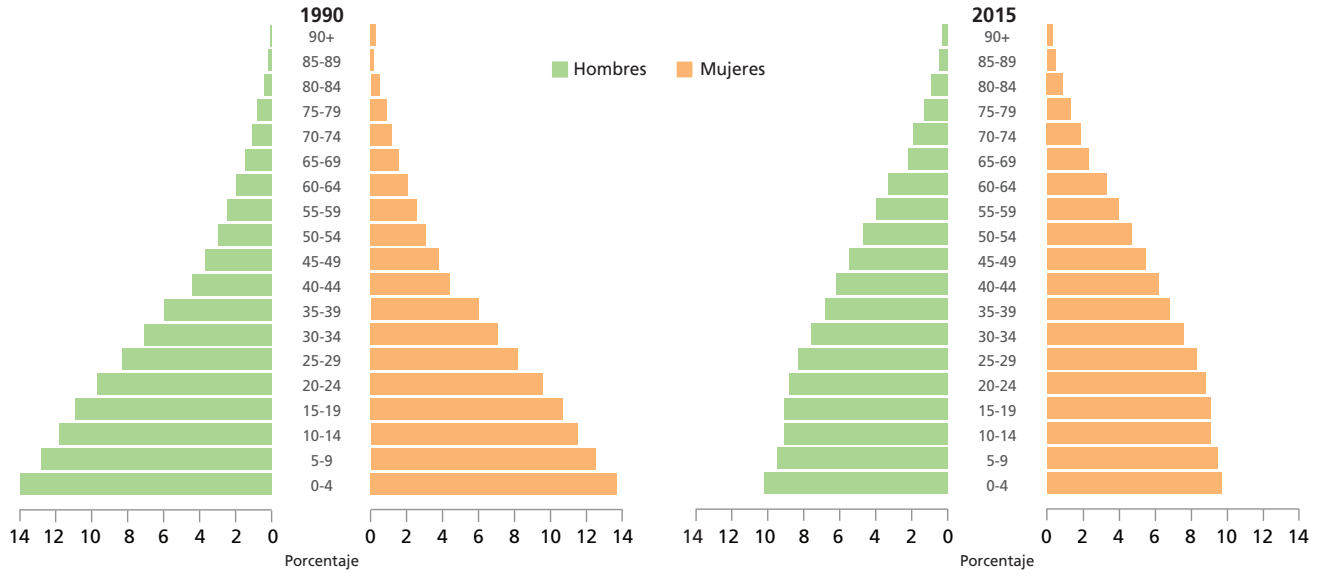
La tasa de mortalidad de menores de 5 años no tuvo variaciones significativas entre el 2010 (14,8 por 1 000 nacidos vivos) y el 2014 (14,2 por 1 000 nacidos vivos).

La cobertura de vacunación en todo el país alcanzó 80% en el 2015. El 14% de los cantones registraron coberturas menores de 50%. En el 2011 ocurrió un brote de sarampión, con 260 casos de la enfermedad.

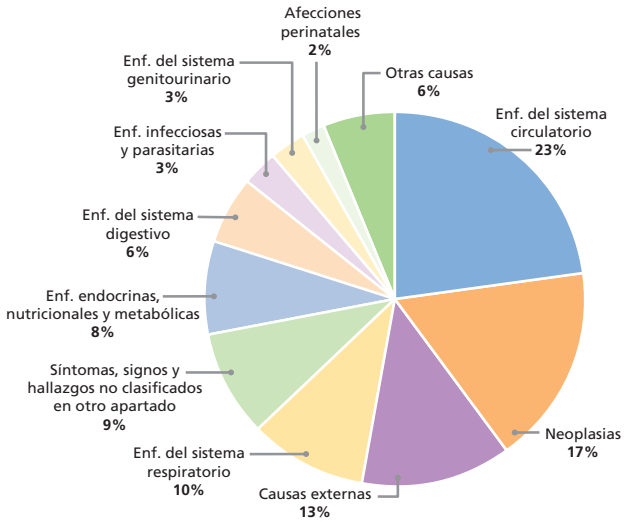
El dengue es endémico en el país, y afecta más a las poblaciones costeras. Su tasa alcanzó 86,5 casos por 100 000 habitantes en el 2014. Su incidencia es, más alta en la población de entre 20 y 49 años (60%), y más grave en los menores de 15 años.

Entre el 2011 y el 2015, se registraron en promedio 589 casos anuales de malaria. En el 2015 se reactivó en varios focos en

Estructura de la población según edad y sexo, Ecuador, 1990 y 2015



Mortalidad proporcional (% defunciones totales, todas las edades, ambos sexos), 2014



la Región Amazónica y Esmeraldas. La lepra persiste, con 92 casos anuales entre el 2011 y el 2015, mientras que la enfermedad de Chagas registra un promedio anual de 40 nuevos casos.

En el 2014, la tasa de mortalidad por tuberculosis fue de 2,79 por 100 000 habitantes y se registraron 5 157 casos nuevos. La letalidad por tuberculosis es de 0,08%.

La prevalencia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)/sida se mantuvo relativamente estable entre el 2007 y el 2014, afectando a 0,4% de la población. La tasa de mortalidad por VIH/sida es de 5,2 por 100 000 habitantes, concentrada en personas transfemeninas y hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres. La prevalencia en gestantes fue de 0,18% en el 2014. Se estima que 57% de las personas con infección por VIH conocen su diagnóstico y 78% de los portadores diagnosticados están en tratamiento en los servicios de la salud pública.

En el 2015 ingresó el virus chikunguña en el país, y se notificaron dos muertes debidas a ese virus y 33 643 casos por vigilancia epidemiológica. Ese mismo año se introdujo el virus del Zika, con cuatro casos importados.

En el 2014, la tasa de mortalidad general fue de 6,0 muertes por 1 000 habitantes (7,2 en los hombres y 3,9 en las mujeres). Las enfermedades del sistema circulatorio provocaron 23% de las muertes; las neoplasias, 17%, y las causas externas, 13%.

Ese año, las enfermedades crónicas no transmisibles constituyeron la principal causa de mortalidad prematura. Por cada 100 000 mujeres, la diabetes mellitus provocó 29,3 muertes, las enfermedades cerebrovasculares, 23,3, y las hipertensivas, 23,1. Por cada 100 000 hombres, las enfermedades isquémicas del corazón causaron 33,2 muertes; la diabetes, 25,5 y las enfermedades cerebrovasculares, 23,7.

En el 2014, la neoplasia maligna de estómago (9,87 por 100 000 habitantes) ocupó la décima causa de muerte en la población general.

Los accidentes de tránsito terrestre constituyeron la principal causa entre las muertes por accidentes y violencias (19,9 por 100 000 habitantes) y 50% de los accidentes estuvo relacionado con el consumo de alcohol.

La tasa de homicidios en el 2015 fue de 6,4 casos por 100 000 habitantes.

En el 2014, 2,52% de la población reportó alguna discapacidad; más de la mitad de los casos fueron considerados como severos.

En el 2014, 8% de niños entre 0 y 60 meses de edad y 29,9% del total de la población escolar de 6 a 11 años presentaba sobrepeso u obesidad.

Se reportó que 2,8% de la población mayor de 15 años consumía tabaco y 6,6% consumía alcohol, con episodios de consumo excesivo de alrededor de 12 eventos por año. De los habitantes del país, 62,7% informaron no realizar actividad física y 62,8% tenía sobrepeso y obesidad.

El 17% de la población de entre 20 y 29 años presentaba hipercolesterolemia y 9,3% de entre 18 y 59 años, hipertensión arterial. La diabetes mellitus afectaba a 3,4% de la población entre 40 y 49 años, a 10,3% de la población de entre 50 y 59 años y a 15,2% de los adultos mayores.

El Ministerio de Salud Pública es responsable de reglamentar, regular y controlar todas las actividades relacionadas con la salud en el país, así como el funcionamiento de las entidades del sector.

En la Constitución del 2008 se sentaron las bases para un nuevo sistema de salud basado en tres pilares: el Estado garante del derecho a la salud; un sistema basado en la atención primaria de salud y la creación de una red pública integrada de servicios gratuitos de salud.

Para cumplir su rol regulatorio, la autoridad sanitaria dispone de dos nuevas entidades: la Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria y la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada.

El sistema de salud está conformado por los subsistemas público y privado. El sistema público integra a las instituciones del Ministerio de Salud Pública, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, que incluye el Seguro Social Campesino, las Fuerzas Armadas, la Policía Nacional y los servicios de salud de algunos municipios. El sistema privado lo componen las empresas de seguros de salud y los seguros de medicina prepagada.

El financiamiento de los servicios públicos se realiza a través del presupuesto general del Estado, fondos extrapresupuestarios, fondos de emergencia y de contingencia y aportaciones de proyectos y convenios nacionales e internacionales. El gasto en salud se duplicó entre el 2010 y el 2015, y se sitúa en 9,2% del PIB.

En el 2012, el Ministerio de Salud Pública realizó reformas en los recursos humanos en salud, con el objetivo de implementar el nuevo Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS).

La mejora en la disponibilidad de la red pública de servicios de salud incluye 851 nuevas unidades entre el 2010 y el 2016, y más cantidad de profesionales de la salud, lo que ha permitido un aumento de las atenciones de 10,6% entre el 2011 y el 2014. Los egresos hospitalarios también han aumentado de manera continua.

En el 2014, la disponibilidad de médicos y enfermeras fue de 20,4 y 10,1 por 10 000 habitantes, respectivamente. A pesar de ello la disponibilidad de especialistas es baja y existe inequidad en su distribución (urbana, 29,0; rural, 5,4).

Desde el 2016, el Ministerio de Salud Pública cuenta con el Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVE), que recoge los datos epidemiológicos de las enfermedades priorizadas y es responsable del cumplimiento del Reglamento Sanitario Internacional. También se dispone del Sistema de Registro de Datos, para egresos hospitalarios y morbilidad, entre otros. En el 2013, el subregistro de mortalidad fue 16,7%; en el 2013, la proporción de causas mal definidas fue de 8,7%, pero varias provincias tuvieron valores mayores de 11%.

LOGROS, DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS

El sistema de salud ha sido respaldado legalmente por la Constitución del 2008, en que se apoya la garantía del Estado y la atención primaria de salud, además de la red pública integrada de servicios gratuitos de salud.

La creación de las dos agencias nacionales sobre regulación, control y vigilancia sanitaria y sobre la calidad de los servicios de salud ha reforzado el rol regulatorio de la autoridad sanitaria nacional.

Se debe mejorar la promoción de hábitos saludables, el control de determinantes, el acceso a la educación y la medicina preventiva. Para ello, los servicios del primer nivel requerirán mejorar la calidad de su gestión y desempeño.

La Ley Orgánica para la Regulación y Control del Tabaco, el Reglamento para la Autorización y Control de la Publicidad y Promoción de Alimentos Procesados, el Reglamento Sanitario de Etiquetado de Alimentos Procesados para Consumo Humano, y la Mantención de la Continuidad en las Acciones de Mejora de las Condiciones de Vida definidas en el Plan Nacional del Buen Vivir, son ejemplos de la mejora del papel del Estado en el desarrollo e implementación de políticas de promoción y protección de la salud.

Un logro importante en la salud pública del Ecuador es la eliminación de la morbilidad por oncocercosis y la interrupción de la transmisión de esta enfermedad. En el 2009 se detuvo la transmisión y en el 2014 la Organización Mundial de la Salud certificó su eliminación.

PUNTOS ADICIONALES

La Constitución del 2008 asigna al Ministerio de Salud Pública la responsabilidad de formular la política nacional de salud, reglamentar, regular y controlar todas las actividades relacionadas con la salud en el país, así como el funcionamiento de las entidades del sector.

Además, la Constitución sentó las bases para un nuevo sistema de salud, sustentado en tres pilares: el Estado garante del derecho a la salud, el sistema basado en la atención primaria de salud y la creación de una red pública integrada de servicios gratuitos de salud.

El Plan Nacional del Buen Vivir, como modelo de desarrollo del Ecuador, incluye la política sectorial de salud y los objetivos sanitarios que el Ecuador se ha comprometido a cumplir. Basados en este plan nacional, el Ministerio de Salud ha emitido políticas y planes nacionales de salud, además de una agenda normativa que organiza el Sistema Nacional de Salud.

La Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria y la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada se crearon en el 2013 y el 2015, respectivamente.

Ambas agencias tienen la potestad regulatoria en su ámbito de competencia, respondiendo a la política, los planes nacionales, las estrategias y la normativa general emitida por el Ministerio de Salud. El marco regulatorio de las agencias incluye más de 38 normas emitidas por acuerdo ministerial (2013-2015) por el Ministerio de Salud Pública.

Adicionalmente a su estructura de regulación, el Ecuador se encuentra entre los 12 estados partes de la Región que cumplen de forma sistemática la presentación anual de los informes del Reglamento Sanitario Internacional.



EL SALVADOR

INDICADORES BÁSICOS SELECCIONADOS

1990-2015

	Valor 1990	Valor y año	Variación (%)
Ingreso nacional bruto, paridad de poder adquisitivo (PPA, US$ per cápita)	...	3 940 (2014)	...
Índice de desarrollo humano	0,529	0,666 (2014)	25,9
Promedio de años de escolaridad	3,7	6,8 (2014)	83,8
Población que usa instalaciones de agua potable mejoradas (%)	70,0	94,0 (2015)	34,3
Población que usa instalaciones de saneamiento mejoradas (%)	51,0	75,0 (2015)	47,1
Esperanza de vida al nacer (años)	65,9	73,5 (2015)	11,5
Mortalidad infantil (por 1 000 nacidos vivos)	46,0	10,2 (2013)	-77,8
Mortalidad materna (por 100 000 nacidos vivos)	...	42,3 (2015)	...
Incidencia de tuberculosis (por 100 000 habitantes)	54,0	36,1 (2013)	-33,1
Mortalidad por tuberculosis (por 100 000 habitantes)	4,8	1,0 (2013)	-79,2
Cobertura de inmunización contra el sarampión (%)	...	95,0 (2015)	...
Cobertura de atención del parto por personal cualificado (%)	...	91,1	...



Población en 1990 (millones)	5,5
Población en el 2015 (millones)	6,4
Variación (%)	16,4



El Salvador se encuentra en América Central, entre Guatemala, Honduras y el océano Pacífico. Su división administrativa incluye 14 departamentos y 262 municipios.

En el 2015, su población era 6 459 911 habitantes; de ellos, 62,4% se concentraba en zonas urbanas. Entre 1990 y el 2015, la población aumentó 16,4% y su estructura se transformó desde una tendencia expansiva a una regresiva, influida por la disminución de la fecundidad y la mortalidad. En el 2015, la esperanza de vida al nacer fue de 67,8 años en los hombres y 77,0 en las mujeres.

La evolución de los indicadores básicos de salud entre 1990 y el 2015 refleja una mejora sistemática de la situación socioeconómica y de salud, aunque con desarrollo mediano, como se refleja en el índice de desarrollo humano de 0,666 en el 2014.

El ingreso nacional bruto per cápita fue US$ 3 940 en el 2014. En el 2013, las remesas (transferencias provenientes del extranjero) fueron la fuente principal de ingresos y representaban 16,3% del producto interno bruto (PIB).

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

En el país hay una alta desigualdad de ingresos, reflejada por el coeficiente de Gini de 0,37 en el 2015. Ese año, la pobreza afectaba a 34,9% de los hogares (32,7% en las zonas urbanas y 38,8% en las rurales), mientras que 8,1% se hallaba en pobreza extrema (7,0% en las zonas urbanas y 10,1% en las rurales).

El desempleo en el 2015 era de 7,0% (8,4% en los hombres y 5,0% en las mujeres).

El 10,8% de la población de 10 años o más no estaba alfabetizada (12,4% de las mujeres y 9,0% de los hombres). La escolaridad promedio alcanzaba a 6,8 años.

El 86,6% de los hogares tenía acceso al agua por cañería y 95,4% tenía acceso a la energía eléctrica.

La proporción de hogares con acceso a Internet, entre el 2010 y el 2015, aumentó de 9,0% a 23,3%, respectivamente.

Se estima que alrededor de dos millones de salvadoreños viven en el exterior, sobre todo en los Estados Unidos de América. Los principales motivos de emigración son la inseguridad ciudadana y la brecha salarial.

El país tiene una alta exposición a desastres naturales, como las depresiones tropicales (fuertes lluvias e inundación) y graves sequías, con impacto en las infraestructuras y los sectores productivos, como la agricultura, con importantes efectos en la salud y la seguridad alimentaria.

En las últimas tres décadas se han venido manteniendo altos índices de violencia, con 103 muertes por homicidio por 100 000 habitantes en el 2015; destaca también la violencia de género, registrándose 1 062 muertes violentas de mujeres entre el 2012 y el 2015. Los homicidios, la proliferación de pandillas, el tráfico de drogas, el uso de armas de fuego y la violencia se relacionan principalmente con el conflicto entre las principales pandillas del país.

SITUACIÓN DE LA SALUD Y DEL SISTEMA DE SALUD

La razón de mortalidad materna fue de 42,3 muertes por 100 000 nacidos vivos en el 2015. El 19,0% de esas muertes ocurrió en niñas y adolescentes. En el 2015, se alcanzaron coberturas de atención prenatal sobre 77%; la cobertura de atención de parto institucional fue de 99%, y la de primera consulta médica del recién nacido de más de 89%.

En el 2014, la tasa notificada de mortalidad en menores de 5 años fue de 20 por 1 000 nacidos vivos, la infantil fue 17 y la neonatal de 11. La mortalidad neonatal se debió principalmente a nacimiento prematuro y malformación congénita.

En el 2014, la mortalidad general reportada fue de 7,3 muertes por 1 000 habitantes. En el 2013, 21% de las muertes correspondían a signos y síntomas no clasificados, 16% a enfermedades del sistema circulatorio y 13% a causas externas.

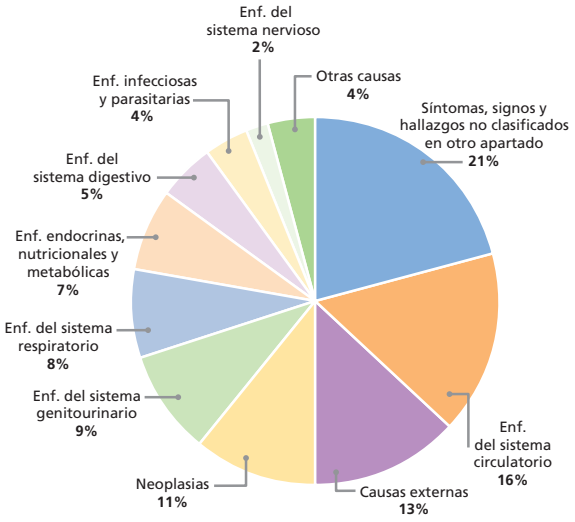
En el período 2011-2015, se estimó un promedio anual de 60 000 casos probables de dengue, de los cuales 0,7% eran de dengue grave; la letalidad alcanzaba a 0,01%.

En mayo del 2014 se confirmaron los primeros casos de chikunguña y desde entonces ha afectado a 2,6% de la

Estructura de la población según edad y sexo, El Salvador, 1990 y 2015



Mortalidad proporcional (% defunciones totales, todas las edades, ambos sexos), 2014



población. El virus del Zika apareció a fines del 2015 y ha tenido un aumento sostenido; tuvo mayor incidencia en la primera semana del 2016, cuando se notificaron 1 142 casos. De marzo a agosto del 2016, ocurrieron 109 nacimientos de niños con microcefalia, pero solo se pudieron comprobar por laboratorio cuatro de ellos (3,7%).

Desde el 2011 se registran alrededor de ocho casos anuales de malaria, que en su mayoría son importados (75,0%).

Las enfermedades infecciosas desatendidas afectan especialmente a las personas que viven en entornos de pobreza. Entre ellas destacan el chagas, la leishmaniasis, la lepra, la leptospirosis, la rabia, la geohelmintiasis, las toxoplasmosis y la sífilis congénita.

La tuberculosis afecta a 37 personas por 100 000 habitantes, con un promedio anual de 2 150 casos nuevos entre el 2011 y el 2015. En el 2015 se registraron 33 184 casos de personas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

En el período entre 1990 y el 2015, las enfermedades crónicas no transmisibles han aumentado en forma sostenida hasta representar una importante carga para el sistema de salud, con una tendencia creciente respecto a la necesidad de hospitalizaciones y un mayor número de muertes. Ocho de las 10 principales causas específicas de muerte corresponden a enfermedades cónicas no transmisibles.

En el 2015, la prevalencia de diabetes mellitus fue de 12,5% (13,9% en las mujeres y 10,6% en los hombres). La enfermedad renal crónica alcanzó una prevalencia de 12,6%, y afectó más a los hombres (17,8%) que a las mujeres (8,5%), principalmente en la zona rural (14,4%, comparado con 11,3% en la urbana).

En cuanto al sobrepeso, este presentó una prevalencia de 37,9% (39,5% los hombres y 36,6% las mujeres), en tanto la obesidad tuvo una prevalencia de 27,3%, y afectó más a las mujeres (33,2%) que a los hombres (19,5%).

En el 2014 la desnutrición aguda era de 2,1% y la crónica, de 13,6%.

La violencia y los accidentes de tránsito constituyen problemas prioritarios de salud. Los suicidios son la segunda causa de muerte entre las mujeres de 10 a 19 años.

El Ministerio de Salud es el ente rector del sistema de salud y el mayor proveedor de servicios de salud. Su organización interna y sus servicios e instalaciones están estructurados técnica y administrativamente en un nivel central, cinco regiones de salud y 17 sistemas básicos de salud integral.

El Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) es la segunda institución con mayor cantidad de centros y cobertura poblacional; sus servicios de salud están estructurados en cuatro regiones.

Las otras instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud son el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral, el Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM), el Fondo Solidario para la Salud, el Comando de Sanidad Militar (COSAM) y la Dirección Nacional de Medicamentos.

En el 2013, el gasto total en la salud representó 17,0% del gasto total público y 6,9% del producto interno bruto (4,6% correspondió al gasto público y 2,3% al gasto privado).

El gasto de bolsillo constituyó 85% del gasto privado y 28% del gasto total en la salud, mientras que el gasto en planes de prepago de seguros en el 2013 significó 15% del gasto privado.

El Ministerio de Salud es el responsable de la cobertura de 72,0% de los salvadoreños; el ISSS se ocupa de 25,1%; y el ISBM y el COSAM atienden a 1,6% y 1,1%, respectivamente.

La reforma de salud iniciada en el 2009 ha permitido establecer un modelo que se basa en la atención primaria de salud y que tiene por objetivo mejorar la organización y la gestión de servicios en red, junto al desarrollo de los recursos humanos para alcanzar un sistema de salud universal y equitativo.

La segmentación y la fragmentación del sistema de salud aún no se ha logrado eliminar. Desde el 2014, se ha reorientado y profundizado en el proceso de reforma, con un claro enfoque de acceso y cobertura universal de salud e integración funcional del Sistema Nacional de Salud.

En el 2009, la información de la salud se encontraba fragmentada y dispersa; solo el Ministerio de Salud tenía más de 40 aplicaciones diferentes, aunque carecía de una instancia responsable de su desarrollo e integración. A partir del año 2010, se activó el Sistema Único de Información de Salud

basado en la web y el software libre, integrado por nueve subsistemas y que cuenta con 1 234 unidades notificadoras a escala nacional.

El país cuenta con 11 instituciones de educación superior que forman a técnicos y profesionales de la salud en 13 disciplinas. En el 2015, la disponibilidad de profesionales de la salud era de 19,5 por 10 000 habitantes (médicos, personal de enfermería y licenciados en salud maternoinfantil).

LOGROS, DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS

En el proceso de implementación de la reforma de salud se han establecido compromisos y avances en el sistema de salud, con la identificación de desafíos para su profundización. En un ámbito más global, es necesario asegurar la sostenibilidad económica de la reforma de salud para cumplir sus objetivos y abordar la polarización política que obstaculiza el avance.

Es imperativa una integración más efectiva de las instituciones del Sistema Nacional de Salud, con centralización de la gestión presupuestaria y de recursos humanos. Además se requiere consolidar en forma coherente el marco jurídico global.

El sistema de salud enfrenta el desafío de mejorar su capacidad de respuesta para afrontar con efectividad el incremento de la morbilidad, la mortalidad y la discapacidad, producidas tanto por las enfermedades transmisibles como las enfermedades crónicas no transmisibles.

La vigilancia, la prevención y el tratamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles son necesarios para su efectivo control y prevención, así como contar con acciones intersectoriales que permitan incidir en los determinantes sociales y los factores de riesgo.

La consolidación del Sistema Único de Información Nacional en Salud permitirá obtener información útil para la toma de decisiones.

De acuerdo al Plan Quinquenal de Desarrollo 2015-2019, se espera reducir la mortalidad materna a un nivel menor de 35 muertes por 100 000 nacidos vivos, mantener la mortalidad infantil por debajo de 8 muertes por 1 000 nacidos vivos, conservar las coberturas de vacunación sobre 95% y reducir en 3% el gasto directo de bolsillo de los hogares.

El problema de las pandillas es un desafío para los salvadoreños, ya que es el obstáculo fundamental para la implementación de iniciativas de desarrollo sostenible y atenta contra la salud de la población.

PUNTOS ADICIONALES

En el marco de la Reforma de Salud iniciada en el 2009, en el 2014 se logró sentar las bases de un modelo basado en la atención primaria de salud, que pretende lograr avances en la salud pública, incluyendo el acceso y la cobertura a una atención integral de salud

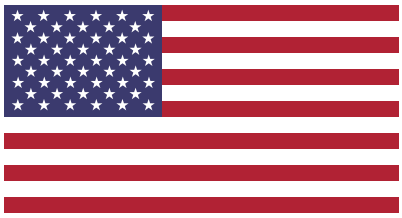
La Hoja de Ruta hacia el Acceso Universal y la Cobertura Universal de Salud, suscrita por las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, se propone integrar funcionalmente de manera progresiva y en red todos los servicios e instalaciones con que cuenta el sistema.

Se ha planteado, además, la organización y la gestión de servicios en redes y el desarrollo de los recursos humanos como estrategia para alcanzar el sistema universal y equitativo.

Para ello, se han puesto en marcha mecanismos como la eliminación del pago en los centros asistenciales públicos y el acercamiento de los servicios a la población, a través de equipos comunitarios de salud familiar.

El Plan Quinquenal de Desarrollo 2015-2019 se desarrolló como un esfuerzo conjunto con la sociedad civil, que recoge los principios de la política de reforma de salud previa.

La Política Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud también busca contribuir a alcanzar un sistema universal y equitativo a través del desarrollo de los recursos humanos necesarios.

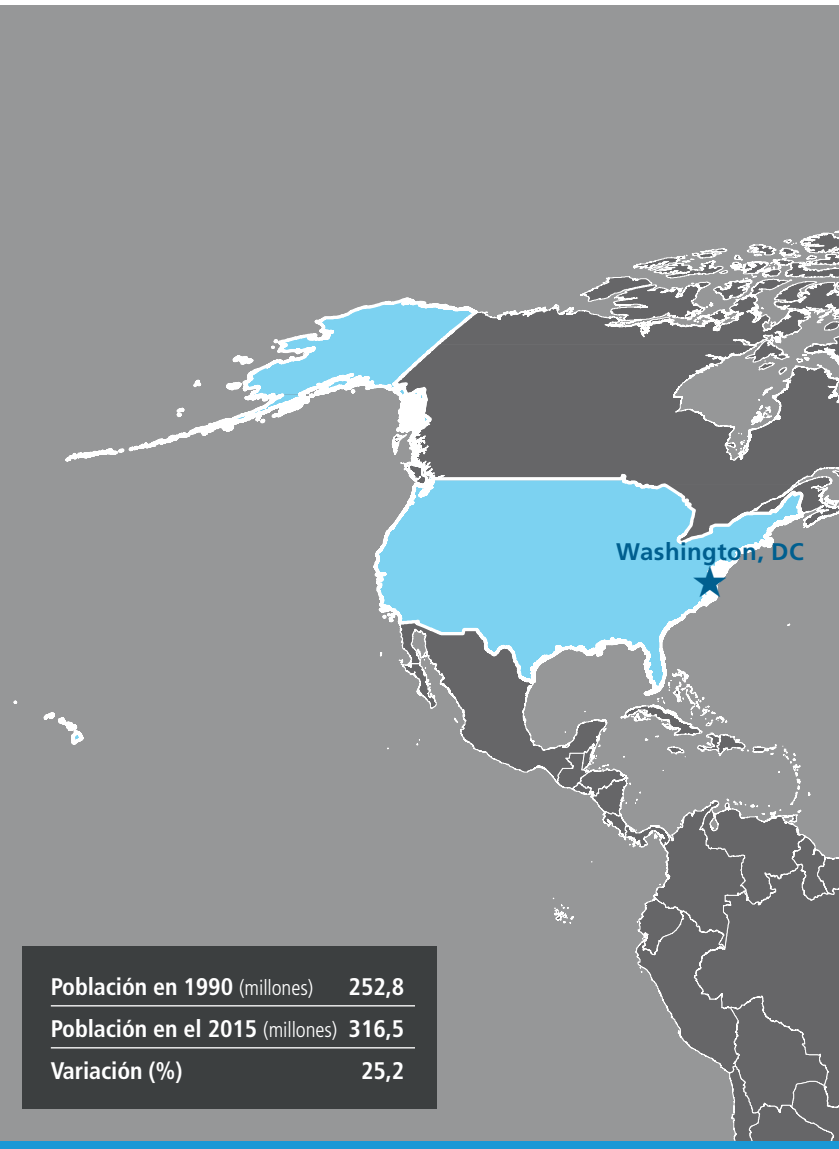


ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

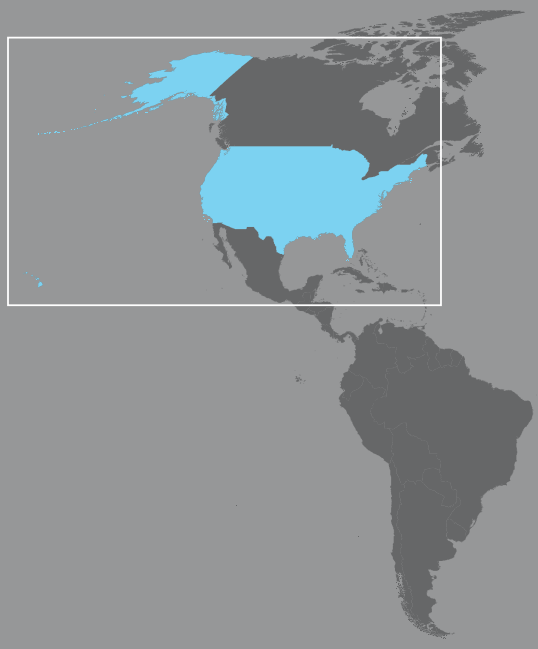
INDICADORES BÁSICOS SELECCIONADOS

1990-2015

	Valor 1990	Valor y año	Variación (%)
Ingreso nacional bruto, paridad de poder adquisitivo (PPA, US$ per cápita)	...	56 116 (2014)	...
Índice de desarrollo humano	0,860	0,915 (2013)	6,4
Promedio de años de escolaridad	12,3	13,6 (2014)	10,6
Población que usa instalaciones de agua potable mejoradas (%)	98,0	99,0 (2015)	1,0
Población que usa instalaciones de saneamiento mejoradas (%)	100,0	100,0 (2015)	0,0
Esperanza de vida al nacer (años)	75,2	78,8 (2014)	4,8
Mortalidad infantil (por 1 000 nacidos vivos)	9,4	6,0 (2013)	-36,2
Mortalidad materna (por 100 000 nacidos vivos)	...	23,8 (2014)	...
Incidencia de tuberculosis (por 100 000 habitantes)	12,0	2,8 (2013)	-76,7
Mortalidad por tuberculosis (por 100 000 habitantes)	0,7	0,2 (2013)	-71,4
Cobertura de inmunización contra el sarampión (%)	90,0	92,0 (2015)	2,2
Cobertura de atención del parto por personal cualificado (%)	...	98,5 (2015)	...



Población en 1990 (millones)	252,8
Población en el 2015 (millones)	316,5
Variación (%)	25,2



Estados Unidos de América está formado por 50 estados y varios territorios y mancomunidades con diversas designaciones políticas, entre los cuales se encuentran Puerto Rico, las Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Guam y la Samoa Americana.

La población de Estados Unidos aumentó en 4,1% entre el 2010 y el 2015, pasando de 303 956 272 a 316 515 021 habitantes, lo cual lo convierte en el país con la tercera población más grande del mundo.

En el 2015, la población mostraba mayor diversidad étnica y social. Del 2010 al 2015, hubo un aumento de la población nacida en otros países que pasó a ser 13,2% de la población total.

En el 2014, la esperanza de vida al nacer era de 78,8 años (81,2 en las mujeres y 76,4 en los hombres).

La economía de los Estados Unidos es la más grande del mundo, con un producto interno bruto (PIB), de más de US$ 18 billones y un ingreso per cápita de US$ 56 116.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

En el período 2010-2014, de los 3 142 condados de Estados Unidos, 1 301 (41%) se consideraron de un nivel alto de desigualdad y de pobreza, cifra muy superior al 29% registrado en 1989; un total de 379 (12%) se consideraron de nivel alto de pobreza y nivel bajo de desigualdad.

En el 2015, 11,1% de las familias vivían en la pobreza. De la población total de Estados Unidos, casi 22% de los menores de 18 años y más de 9% de los mayores de 65 años se encontraban en esa situación. La desigualdad en cuanto a los ingresos ha aumentado. En el 2014, el índice de Gini alcanzó su valor más alto desde 1969. Además de las tasas altas de pobreza y de desigualdad en los ingresos, la inseguridad alimentaria y la inseguridad de la vivienda son determinantes sociales clave que repercuten en las disparidades de salud.

La seguridad alimentaria más alta se observó en las personas con cuatro o más años de estudios universitarios (89,0%). Fue menor en las personas con estudios secundarios o con menos de cuatro años de estudios universitarios (75,7%), y la más baja fue la de las personas sin estudios secundarios (59,9%).

Las operaciones de minería y de perforación plantean a menudo amenazas graves localizadas de contaminación del subsuelo y los suministros de aguas subterráneas, como se ha podido ver en muchas áreas rurales de los Apalaches.

Entre el 2005 y el 2015, el país experimentó sequías extremas o excepcionales. En el 2012, se produjo la sequía más extensa desde la década de 1930, que afectó a más de la mitad de la nación y tuvo un costo de US$ 31 000 millones. Las sequías aumentan el riesgo de incendios y de tormentas de polvo, que perjudican directamente a la calidad del aire y al acceso y la calidad del agua.

SITUACIÓN DE LA SALUD Y DEL SISTEMA DE SALUD

Aunque la mortalidad materna es muy poco frecuente en Estados Unidos, el número de defunciones maternas aumentó de 396 en el 2000 a 856 en el 2014. Además, la tasa de mortalidad materna se incrementó en 26,6% en 48 estados y en Washington, D.C., pasando de 18,8 por 100 000 nacidos vivos en el 2000 a 23,8 en el 2014; estas tasas son mayores que las que se habían registrado anteriormente.

Las principales causas de muerte relacionadas con el embarazo en el 2011 fueron las enfermedades cardiovasculares (15,1%), otras no cardiovasculares (14,1%), las sepsis (14,0%) y las hemorragias (11,3%).

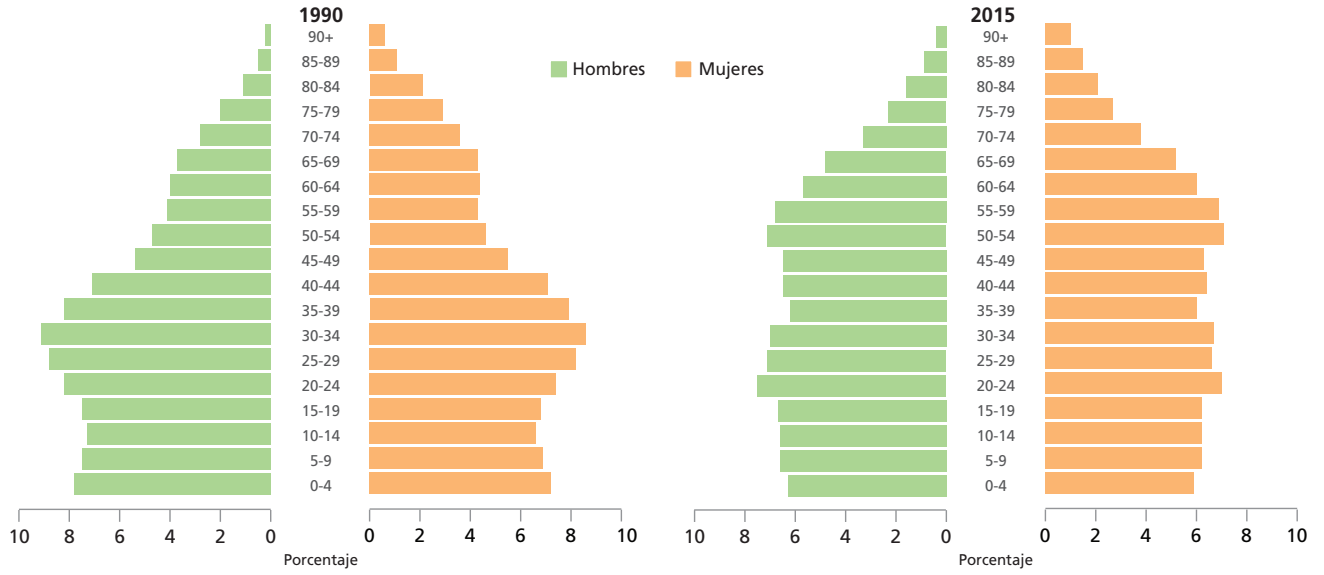
Durante el período comprendido entre el 2010 y el 2014, tanto la tasa de mortalidad de los lactantes como la neonatal se redujeron en 13%, pasando de 6,9 a 6,0 defunciones por 1 000 nacidos vivos en el primer año y de 4,6 a 4,0 muertes por 1 000 nacidos vivos en los 28 primeros días.

La cobertura de vacunas de niños de 19 a 35 meses sigue siendo superior a 90% en algunas immunizaciones, como las de la polio, el sarampión, las paperas, la rubéola, la hepatitis B y la varicela. Sin embargo, se mantiene una menor cobertura en otras vacunas, como las de las enfermedades neumocócicas (PCV) (83%), *Haemophilus influenzae* tipo b (82%) y la difteria, el tétanos y la tos ferina (84,2%).

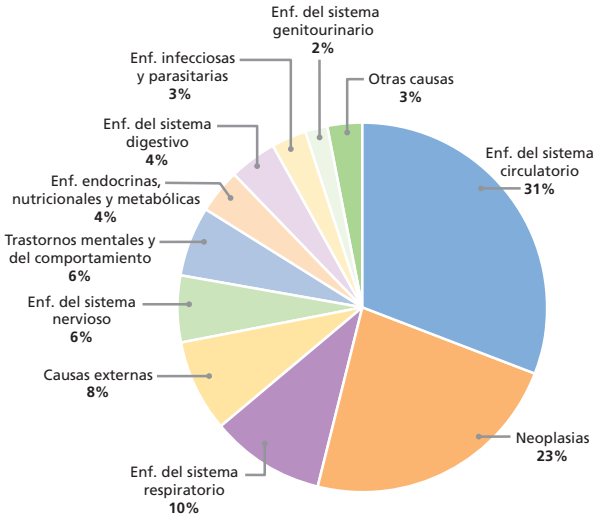
En el 2014, las enfermedades del sistema circulatorio causaron 31% de las muertes; las neoplasias, el 23%. Ambos grupos de causas provocan más de la mitad de las muertes del país.

Las cardiopatías continuaron siendo la principal causa de muerte en el 2014, pero su porcentaje respecto del total de defunciones se redujo de 38,2% a 23,4% entre 1980 y el

Estructura de la población según edad y sexo, Estados Unidos de América, 1990 y 2015



Mortalidad proporcional (% defunciones totales, todas las edades, ambos sexos), 2014



2014. El porcentaje del cáncer aumentó levemente, al pasar de 20,9% a 22,5% en ese mismo período, y continuó siendo la segunda causa principal de muerte.

Desde la llegada del virus del Zika a los Estados Unidos en el 2015, y hasta marzo del 2017, se registraron 5 158 casos sintomáticos de infección por este virus en las zonas continentales, y 38 212 casos en los territorios de los Estados Unidos (de estos últimos, 97% se presentaron en Puerto Rico).

En el 2016 hubo 164 casos confirmados de chikunguña, y 896 casos en el 2015. Los casos de dengue reportados aumentaron 11%, de 690 en el 2010 a 764 en el 2016. Los casos de estas dos entermedades son consecuencia de la exposición durante los viajes. Sin embargo, los mosquitos que transmiten estos dos virus se encuentran en muchas de las regiones del país. En el 2016 se registraron 1 938 casos de la enfermedad del Nilo Occidental.

La malaria se eliminó hace muchas décadas del país, y la mayoría de los casos notificados tienen que ver con la exposición durante un viaje.

El número de personas diagnosticadas con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) fue de 40 234 en el año 2014. Aunque la mortalidad por esta causa ha disminuido, los diagnósticos aumentaron en 10,6% entre el 2010 y el 2015. En el 2015, se registraron 9 557 casos de tuberculosis, lo que representa una disminución de 14,5% con respecto al 2010. Los casos de hepatitis C aumentaron considerablemente, en casi 160%, al pasar de 850 a 2 207.

En el 2014, alrededor de 117 millones de adultos (aproximadamente la mitad de los adultos del país) tenían uno o más problemas de salud crónicos. En el 2014, cerca de 9,8 millones de adultos (4,1%) tenían alguna enfermedad mental grave (5,0% en las mujeres y 3,1% en los hombres).

Recientemente, el trastorno por estrés postraumático (TEPT) se ha convertido en un importante problema de salud en el país, como consecuencia de la exposición a agresiones personales violentas o violencia con armas de fuego, desastres naturales o causados por el hombre, accidentes, combates militares y otros eventos traumáticos. La prevalencia del TEPT en el curso de vida de la población es de 6,8%.

En el 2014, alrededor de 4,9% de los adolescentes de entre 12 y 17 años consumieron cigarrillos y 9,4% había consumido drogas ilícitas en el mes anterior. Más de 6% de los adolescentes reportaron un consumo excesivo de bebidas alcohólicas en el último mes.

La tasa de mortalidad a causa de intoxicación por opioides registró un aumento explosivo (137,1%), de 6,2 muertes por 100 000 habitantes en el año 2000 a 14,7 en el 2014.

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) notificaron 36 132 defunciones por armas de fuego en el 2015, con una tasa ajustada según la edad de 11,1 por 100 000 habitantes.

El sistema de salud del país es muy amplio y complejo. La estructura de prestación de servicios de salud es una de las más grandes y complejas del mundo. Se financia mediante programas que disponen de fondos públicos, como Medicare, Medicaid, el Servicio de Salud para Poblaciones Indígenas y los del ejército, así como mediante una cobertura de seguros privados individuales o contratados por los empleadores.

La cobertura de seguros privados contratados por el empleador es la que tiene la mayor proporción de la cobertura de seguros de salud en el sistema de atención de salud en Estados Unidos. A diferencia de la mayoría de los países, Estados Unidos no tiene un plan de seguro de salud integral, sino diversos seguros privados y otro público administrado por los Gobiernos federal y estatales.

Medicare es un programa de seguro de salud federal para las personas de 65 años y más, ciertas personas de menor edad con discapacidad y otros grupos específicos. Medicaid es un programa de seguro de salud del Gobierno federal y los Gobiernos estatales, condicionado al nivel de recursos del beneficiario, que se financia con los impuestos estatales y federales.

La Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (PPACA, por sus siglas en inglés), aprobada en el 2010, busca contener el incremento de los costos en salud y ampliar la cobertura de seguro a los no asegurados. Desde su implementación, la población sin seguro de salud disminuyó de 18,2% en el 2010 a 10,5% en el 2015.

En el 2015, el gasto en salud alcanzó 17,8% del PIB, y representaba casi US$ 10 000 por persona. Del gasto total en salud, 20% se empleó en Medicare; 17%, en Medicaid; 33%,

en el seguro privado, y 11% fueron los gastos asumidos por los pacientes. La atención hospitalaria representó 32% del gasto en atención de salud.

El sector de la salud emplea a más de 12,5 millones de personas, que son alrededor de 9,0% de la fuerza de trabajo. En el 2013, había alrededor de un millón de médicos en el país, 82% de los cuales participaban activamente en la profesión; 74% se habían graduado en las facultades de medicina del país y 26%, en el extranjero. El 74,2% de los médicos proveen principalmente atención ambulatoria y 25,8% se concentra en la atención hospitalaria. En el año 2013, había 60,5 dentistas por cada 100 000 habitantes.

En el 2014, el número de enfermeras registradas aumentó 1,2% y pasó de 2 655 020 en el 2010 a 2 687 319 en el 2014 y, el número de auxiliares de enfermería se incrementó vertiginosamente en 15,4%, pasando de 105 780 en el 2012 a 122 050 en el 2014. El 41,8% del personal de salud eran enfermeras registradas y 40%, auxiliares de enfermería.

En el 2013 había 5 686 hospitales, 96,3% de ellos no federales. De entre los 4 974 hospitales comunitarios, 58,4% no tienen fines de lucro y 21,3% son estatales o locales. Más de 21% tienen fines de lucro (1 060 hospitales comunitarios). En el 2014 había 914 513 camas para la atención del paciente.

En el 2015, casi 78% de los médicos de consultas ambulatorias disponían de un sistema de registro electrónico. Entre el 2007 y el 2011, el porcentaje de servicios de emergencias hospitalarias que disponían de un sistema de registro electrónico que cumpliera los criterios de un sistema básico aumentó de 18,5% a 53,6%.

LOGROS, DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS

Las recientes reformas de salud, con la expansión de la cobertura de Medicaid y la protección de las personas con condiciones preexistentes, ha ayudado a mejorar aspectos clave del seguro y atención de la salud.

Muchos programas de salud han contribuido a mejorar la salud materna e infantil, a reducir las enfermedades transmisibles prevenibles y las crónicas, y a mejorar la seguridad alimentaria y la nutrición.

Sigue pendiente de resolver el aumento del costo de las primas de seguros y el desgaste que tienden a tener los proveedores privados de seguros de salud en el mercado de muchos estados. El creciente aumento de los gastos en salud representa un importante desafío que requiere ser abordado en la futura agenda de salud.

Es importante para el país continuar desarrollando iniciativas e innovar los servicios locales para abordar la muy diversa situación social y sanitaria que afecta a las zonas rurales y a grupos específicos de población.

PUNTOS ADICIONALES

La prevalencia de personas con sobrepeso u obesidad aumentó del 40,5% en 1960 a 66,1% en el 2010. Se calcula que más que un tercio de los adultos de Estados Unidos tiene prediabetes, y esto puede aumentar el riesgo de tener diabetes de tipo 2, cardiopatías y accidentes cerebrovasculares. Para el 2050, incluso uno de cada tres adultos podría tener diabetes.

En el 2014, la tasa de mortalidad general ajustada según la edad en Estados Unidos fue de 724,6 muertes por 100 000 habitantes, lo que representa un mínimo histórico. Sin embargo, el número de muertes en las zonas rurales ha descendido a un ritmo más lento que en las zonas urbanas, por lo que la brecha entre ambas zonas se ha ampliado (830,5 frente a 704,3 muertes por 100 000 habitantes).

La brecha entre las zonas rurales y las urbanas en relación con las lesiones accidentales fue la mayor de las de las cinco principales causas de muerte: las tasas de lesiones accidentales ajustadas según la edad fueron 50% mayores en las zonas rurales en comparación con las urbanas.

Del 2000 al 2014, la tasa de defunciones por intoxicación por sustancias psicoactivas (sobredosis) se incrementó de forma más rápida en las mujeres (177%) que en los hombres (120%). Las tasas de mortalidad debidas a intoxicación por sustancias psicoactivas, incluidos los analgésicos opioides, se incrementaron en 293%; más alarmante fue el aumento del 386% en las tasas de mortalidad relacionada con la heroína.

El incremento del porcentaje de la población de Estados Unidos que es de edad avanzada y racial y étnicamente diversa creará demandas y presiones diferentes sobre los sistemas de apoyo social y de salud, en especial en una época en la que los presupuestos estatales y federales son limitados.

El aumento de algunos problemas de salud, como las enfermedades emergentes o el exceso de muertes en algunos grupos y las brechas entre situación de salud de población urbana y rural, plantea el requerimiento de contar con la voluntad política y social de fortalecer e integrar el sistema asistencial de servicios de salud, tanto en los niveles primarios como de especialidad.

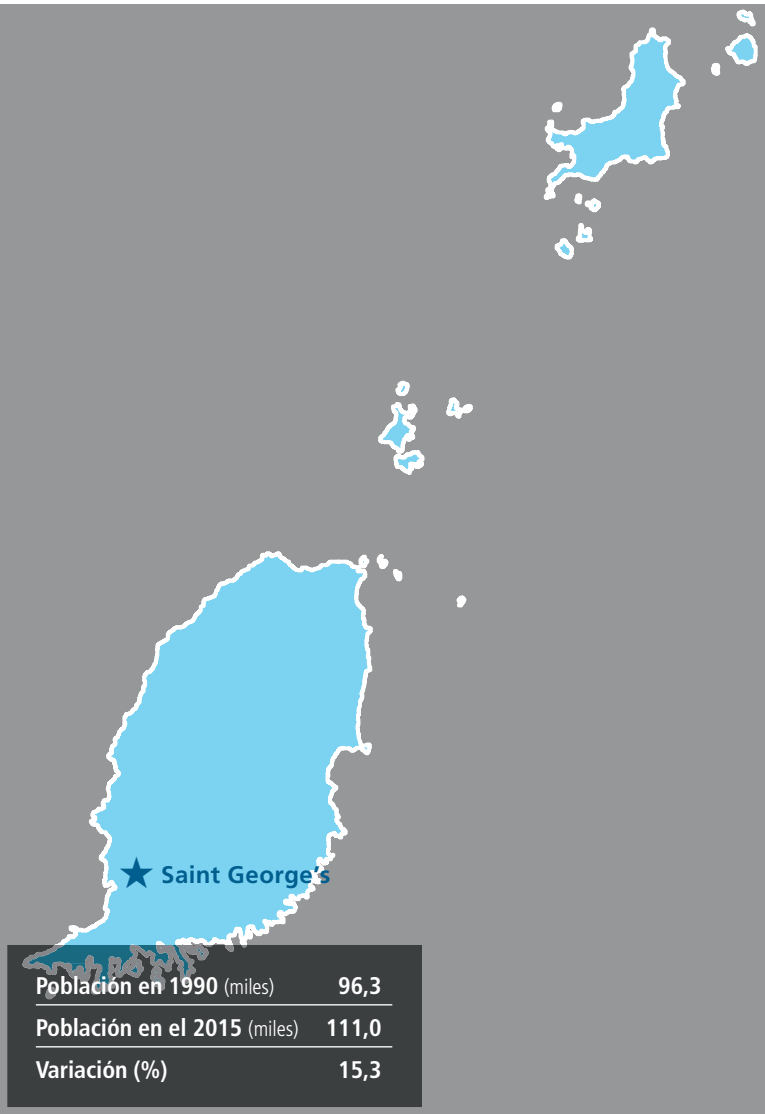


GRANADA

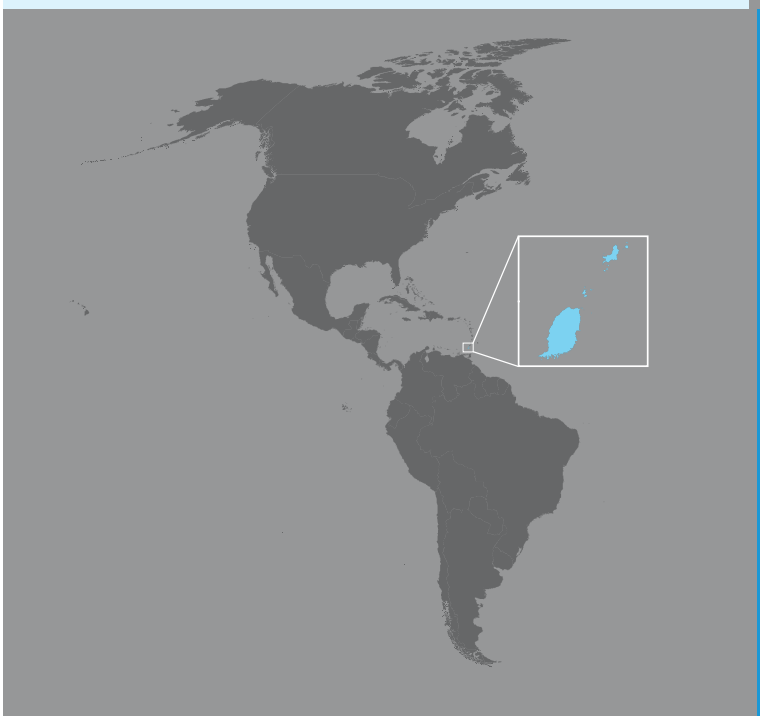
INDICADORES BÁSICOS SELECCIONADOS

1990-2015

	Valor 1990	Valor y año	Variación (%)
Ingreso nacional bruto, paridad de poder adquisitivo (PPA, US$ per cápita)	...	9 156 (2015)	...
Índice de desarrollo humano	...	0,75 (2013)	...
Promedio de años de escolaridad	...	8,6 (2014)	...
Población que usa instalaciones de agua potable mejoradas (%)	97,0	97,0 (2015)	0,0
Población que usa instalaciones de saneamiento mejoradas (%)	98,0	98,0 (2015)	0,0
Esperanza de vida al nacer (años)	68,6	74,1 (2014)	8,0
Mortalidad infantil (por 1 000 nacidos vivos)	17,7	14,9 (2013)	-15,8
Mortalidad materna (por 100 000 nacidos vivos)	...	...	...
Incidencia de tuberculosis (por 100 000 habitantes)	4,6	...	...
Mortalidad por tuberculosis (por 100 000 habitantes)	...	1,1 (2013)	...
Cobertura de inmunización contra el sarampión (%)	76,0	99,0 (2015)	30,3
Cobertura de atención del parto por personal cualificado (%)	...	98,6 (2015)	...



Población en 1990 (miles)	96,3
Población en el 2015 (miles)	111,0
Variación (%)	15,3



Granada es un país conformado por tres islas principales (Granada, Carriacou y Petite Martinique) y otras más pequeñas que están deshabitadas. Con una superficie total de 344 km², se ubica al sur del Caribe, a unos 160 km al norte de Venezuela.

Entre 1990 y el 2015, la población aumentó en 15,3%, alcanzando a 111 000 habitantes en el 2015, de acuerdo a estimaciones de la Organización de las Naciones Unidas (ONU). En 1990, su estructura tenía una tendencia expansiva y en el 2015 tenía una tendencia estacionaria en los menores de 30 años.

La mayoría de la población es de ascendencia africana (82,4%), mixta (13,3%) y descendiente de indios orientales (2,2%).

En el 2014, la esperanza de vida al nacer fue de 74,1 años.

En el 2015, el ingreso per cápita se estimó en US$ 9 156. El turismo y la agricultura son las principales industrias, y el primero es también el principal proveedor de divisas a la economía.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

La enseñanza es obligatoria y gratuita en el nivel primario y secundario. El nivel de alfabetización es de 98%.

En el 2015, una prolongada sequía amenazó el suministro de agua en numerosas comunidades. Desde la devastación de los huracanes Iván y Emily en el 2004 y el 2005, respectivamente, la capacidad de preparación y respuesta ante los desastres ha mejorado.

En el 2014, la cobertura de acceso al agua potable era universal (98% de la población). El acceso a un sistema canalizado a las casas alcanza a 95% de la población, mientras que 2% todavía usa estanques de depósito. La cobertura de acceso al saneamiento incluía 8,2% con alcantarillado, 53,1% poseía tenía fosa séptica y 36,3% tenía letrina o pozo.

Los servicios de recolección de basura están disponibles para 98% de los hogares, con servicio de recolección gubernamental que cubre a 87% de los hogares y de empresas privadas que cubren al otro 11%.

Entre el 2010 y el 2014, la emigración fue de 9 241 personas, mientras que la inmigración no resulta significativa.

SITUACIÓN DE LA SALUD Y DEL SISTEMA DE SALUD

La cantidad anual de embarazos es relativamente baja (1 750 nacimientos en el 2014) y hay entre cero y una muertes maternas al año. Hubo un único fallecimiento materno en los años 2010 y 2014.

Los nacimientos ocurren en hospitales y centros de atención del parto en un elevado porcentaje (99%), y son atendidos por personal de salud capacitado.

La tasa de mortalidad de lactantes fue 12,3 por 1 000 nacidos vivos (21 defunciones) en el 2010 y 10,3 en el 2014. En ese año hubo 28 defunciones de menores de 1 año, atribuidas a condiciones que se originaban en el período perinatal. En el período 2010-2014 hubo 14 defunciones en el grupo de 1 a 4 años de edad.

La vacunación es necesaria para ingresar a la escuela preescolar o primaria y la cobertura de vacunación para los antígenos administrados oscila entre 95% y 100%.

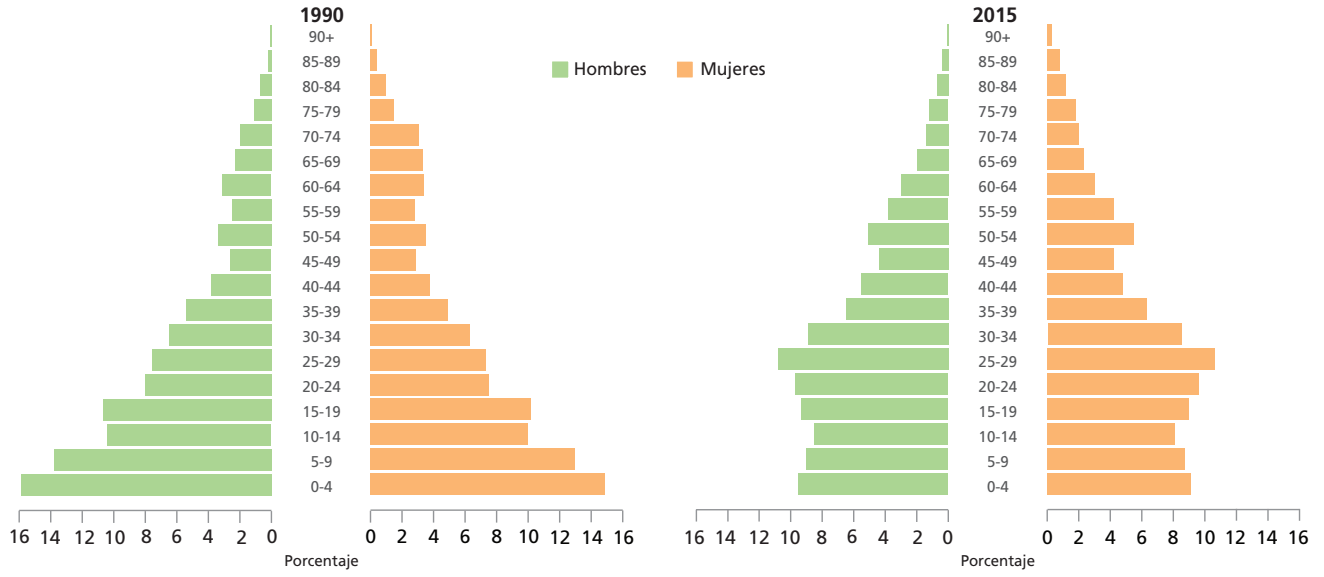
Hubo 4 251 defunciones durante 2010-2014. La tasa bruta de mortalidad fue de 8,8 en el 2014. En el 2015, la principal causa de muerte correspondió a las enfermedades del sistema circulatorio (31% de defunciones) y en segundo lugar a las neoplasias (20%). La distribución de las neoplasias malignas fue 12% en el pulmón, 15,1% en la próstata, 9,3% en la mama y 9,3% en el colon.

No se registraron casos de zoonosis ni de rabia durante el período 2010-2014. El dengue es endémico, con 265 casos confirmados en esos mismos años, sin causar muertes.

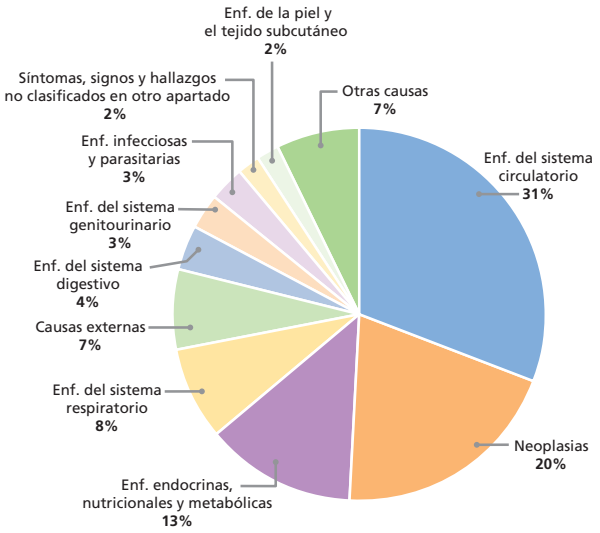
Desde el 2013, las nuevas enfermedades emergentes del virus chikunguña y del Zika alcanzaron niveles epidémicos.

Se registraron 26 casos de chikunguña confirmados por laboratorio y 3 070 casos presuntos de la enfermedad entre junio y octubre del 2014, sin ninguna defunción relacionada. Luego disminuyeron y no hubo muertes asociadas. En el

Estructura de la población según edad y sexo, Granada, 1990 y 2015



Mortalidad proporcional (% defunciones totales, todas las edades, ambos sexos), 2015



2016, se registraron 112 casos del virus del Zika confirmados mediante pruebas de laboratorio, con 10 casos de síndrome de Guillain-Barré, además de 10 mujeres embarazadas que contrajeron la enfermedad en el primer trimestre.

Los índices del mosquito *Aedes aegypti* en los hogares fue de 10,6% en el 2014. La malaria y la fiebre amarilla no son endémicas, aunque se registraron casos de malaria en el 2010 y el 2013.

Entre el 2010 y el 2014 hubo 45 casos de leptospirosis (27 hombres y 18 mujeres), con dos defunciones.

La prevalencia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en la población adulta se estimó en 0,57% en el 2009. A finales del 2014, se habían registrado 543 casos totales confirmados de infección por VIH desde que se diagnosticó el primer caso en 1984. Los hombres representaban 65% del total acumulado y casi 83,9% de los casos corresponden al grupo de edad de 15 a 54 años.

En el 2014 hubo 26 nuevos casos de VIH reportados (19 hombres y 7 mujeres). La terapia antirretroviral se proporciona sin costo alguno. No ha habido casos de transmisión del VIH de madre a hijo desde el 2010.

Entre el 2010 y el 2015 se registraron nueve casos de tuberculosis (entre uno y cuatro anuales). Ninguno de ellos fue resistente a fármacos.

Las enfermedades crónicas no transmisibles se han constituido en la principal causa de muertes y enfermedades prematuras y evitables. En el 2010, estas enfermedades y sus complicaciones representaron de 65% a 81% del total de defunciones.

En el 2011, 61,3% de los adultos presentaban uno o dos factores de riesgo (65,5% de los hombres y 57% de las mujeres), y 35% tenían entre tres y cinco factores de riesgo (30,5% de los hombres y 39,8% de las mujeres).

Entre el 2009 y el 2015, el sobrepeso en niños de 0 a 3 años de edad aumentó de 2,2% a 4,7% y la emaciación descendió de 7,9% a 3,4%. Entre el 2011 y el 2014, el sobrepeso en niños en edad preescolar creció de 2,9% a 3,9%, y la emaciación se redujo de 7,5% a 2,5%. El índice de sobrepeso en adultos era de 58,7%, mientras que 25,2% eran obesos, con una prevalencia mayor entre las mujeres.

En el 2013, de acuerdo a resultados de una encuesta, 72% de estudiantes de secundaria había consumido alcohol, 27% fumaba cigarrillos y 20% consumía marihuana. Los adolescentes y adultos fumadores en ese momento alcanzaban 19% (30,7% de los hombres y 6,5% de las mujeres) y 11,2% lo hacían a diario (19,4% de los hombres y 2,8% de las mujeres).

El Ministerio de Salud tiene la responsabilidad general de los servicios de salud, formulación de políticas y regulación. La atención de salud en Granada es universal y se complementa con el pago mínimo de honorarios por los servicios que se prestan en las instituciones públicas.

Las instituciones privadas ofrecen un seguro de salud, que es la única forma de seguro médico hasta la fecha. En virtud del aumento de la población de adultos mayores, el Gobierno está considerando la posibilidad de instituir un programa nacional de seguro de salud. Se han implementado programas de redes de seguridad para ayudar a satisfacer las necesidades básicas de los grupos más vulnerables.

Entre el 2008 y el 2014, el gasto total en salud fue en promedio de entre 5% y 6% del producto interno bruto (PIB). Los desembolsos directos (gastos de bolsillo) representaron 47% del gasto total en salud. El gasto total del Gobierno en salud fue de 10% a 12% del presupuesto total.

En el 2014, el país disponía de 10,1 médicos, 0,8 dentistas, 31,0 enfermeras registradas y 21,3 asistentes de enfermería por 10 000 habitantes.

Los servicios de salud se prestan en el nivel primario y secundario a través de los servicios de salud públicos y privados.

Se cuenta con una red de establecimientos de salud pública, incluidos 3 hospitales de agudos y 36 establecimientos de salud: 6 centros de salud (uno en cada distrito de salud) y 30 estaciones médicas por satélite dispersas en un radio de tres millas en todo el país.

Se ha ampliado la atención primaria de salud para aumentar el acceso a la atención. Es importante destacar que el programa de asistencia médica presta asistencia a los segmentos vulnerables de la población.

LOGROS, DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS

El país ha experimentado avances en su desarrollo global y de salud, así como en su sistema sanitario. Destaca la cobertura lograda en los programas de salud materna e infantil y en la red asistencial.

El programa de vacunación de amplia cobertura a nivel nacional ha permitido que gran parte de las enfermedades infecciosas prevenibles por vacunación sean infrecuentes.

Algunos aspectos de salud continuarán siendo un desafío prioritario que hay que abordar en el futuro, como es el caso del acceso y la igualdad sanitaria, y el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

El seguro de salud nacional pretende ser el modelo efectivo para alcanzar la cobertura de salud universal, que garantice la accesibilidad y la equidad a la población.

Las enfermedades crónicas no transmisibles son la principal causa de morbilidad y mortalidad, junto con la amenaza de nuevas enfermedades infecciosas emergentes.

Es necesario reducir el número de factores de riesgo para las enfermedades crónicas, en especial el uso y el abuso de alcohol, las dietas insalubres y la obesidad, la falta de actividad física y la presión arterial elevada.

Por ello, se percibe la necesidad de fortalecer la promoción de la salud y las estrategias de prevención de enfermedades, con especial énfasis en los grupos más vulnerables. Entre las diversas estrategias destacan la educación y proveer las oportunidades necesarias para seguir hábitos de vida saludables.

Se ha enfatizado la necesidad de mejorar la salud de los hombres para contribuir a disminuir la diferencia de esperanza de vida entre hombres y mujeres, que actualmente es de 5 años.

Entre otras estrategias, se pondrá el acento en la participación de los grupos comunitarios y la financiación suficiente para garantizar la sostenibilidad de los logros obtenidos en la última década.

PUNTOS ADICIONALES

El Ministerio de Salud ha recibido la responsabilidad de liderar el desarrollo de las políticas nacionales de salud. Para el período 2011-2015 se desarrollaron una serie de orientaciones para el sector de la salud, dirigidas a abordar la principal causa de morbilidad y mortalidad. Entre ellas se incluyeron las áreas de salud del adolescente (2013), la salud sexual y reproductiva (2013), la salud oral (2013) y el plan de acción (2015).

El Plan Estratégico Nacional del Sector Salud (2016-2025) fue adoptado en el 2015. Se presentaron la legislación sanitaria y las propuestas de reforma legislativa para su redacción jurídica.

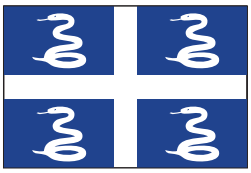
La Ley de Inocuidad de los Alimentos, promulgada en el 2015, establece las condiciones de inocuidad de los alimentos producidos, importados y exportados. Para mejorar las normas de producción de alimentos en el país se constituyó un Comité Nacional de Inocuidad de Alimentos.

El Gobierno conoce el impacto del cambio climático sobre las vidas humanas y se ha comprometido a apoyar e invertir en la respuesta pública al cambio climático. En consecuencia, el Ministerio de Salud sigue construyendo mayor capacidad para reducir la vulnerabilidad, aumentar la resiliencia y promover la reducción del riesgo de desastres.

En el 2010 se había elaborado la Política Nacional de Seguridad Alimentaria, que se fortaleció con la aprobación de la nueva legislación sobre inocuidad de los alimentos en el 2015.

El servicio de obtención de medicamentos de la Organización de Estados del Caribe Oriental permite la obtención de los productos farmacéuticos, que se proporcionan a un precio reducido, y que su calidad esté más garantizada.



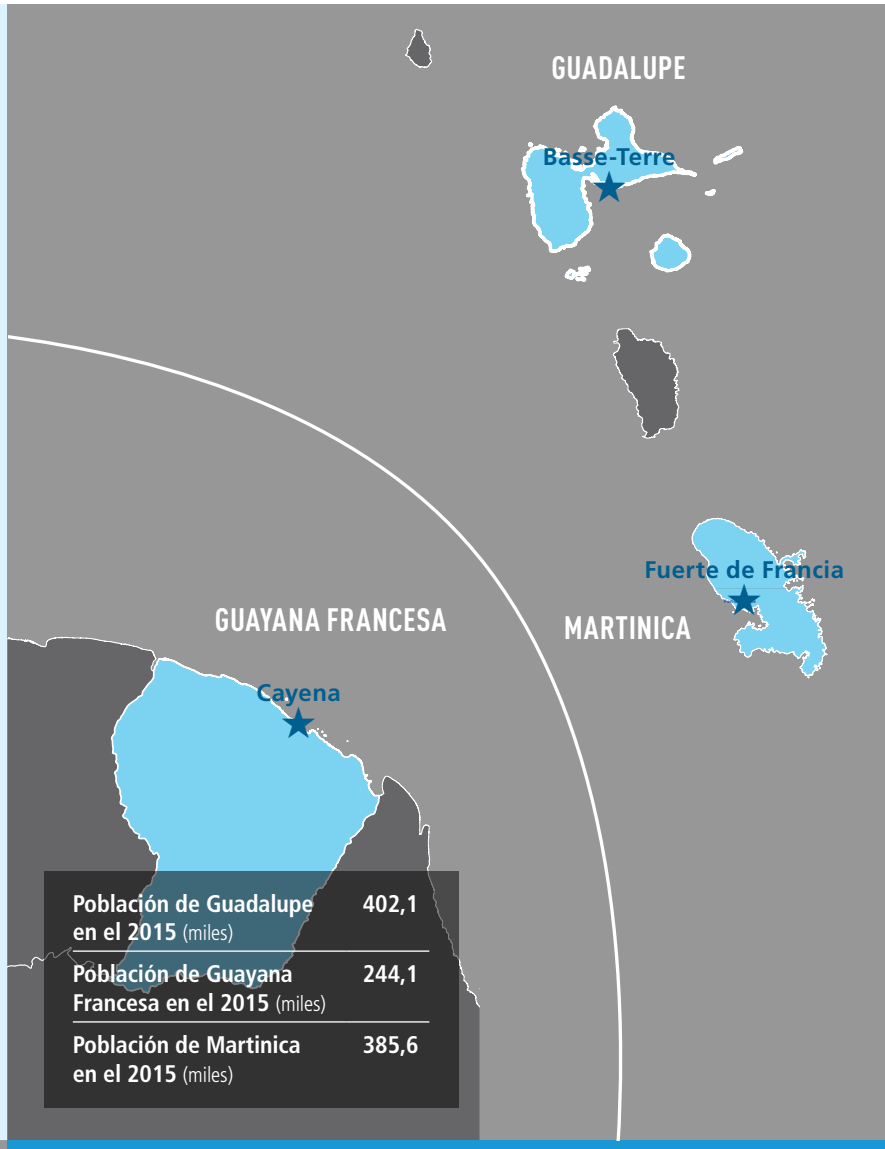


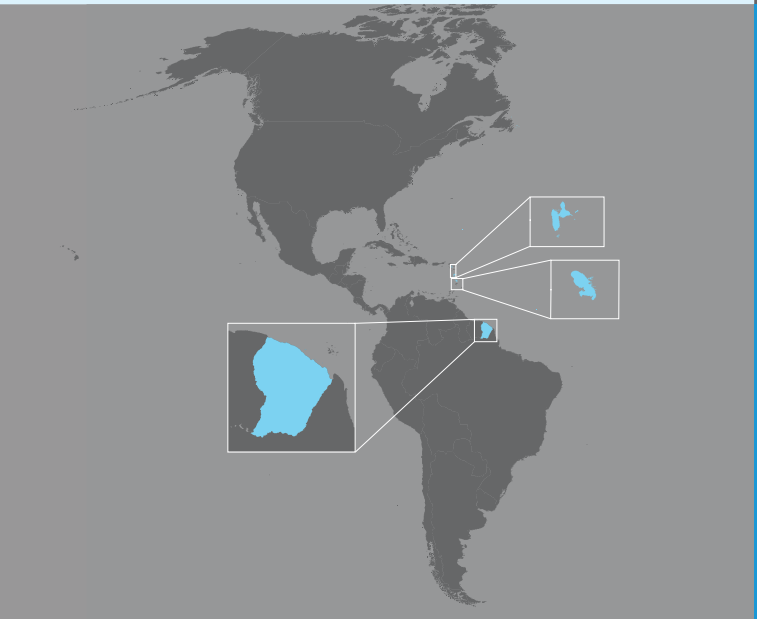
GUADALUPE, GUAYANA FRANCESA Y MARTINICA

INDICADORES BÁSICOS SELECCIONADOS

1990-2015

	Año	Guadalupe	Guayana Francesa	Martinica
Producto interno bruto, per cápita (euros, €)	2015	20 163	16 645	22 571
Índice de desarrollo humano	...	...	...	...
Promedio de años de escolaridad	...	...	...	...
Población que usa instalaciones de agua potable mejoradas (%)	2015	99,0	92,0	100,0
Población que usa instalaciones de saneamiento mejoradas (%)	2015	97,0	92,0	92,0
Esperanza de vida al nacer (años)	2014	81,5	79,9	82,1
Mortalidad infantil (por 1 000 nacidos vivos)	2013	8,4	8,2	8,2
Mortalidad materna (por 100 000 nacidos vivos)	2013	17,3	16,4	21,7
Incidencia de tuberculosis (por 100 000 habitantes)	2013	4,5	28,0	3,8
Mortalidad por tuberculosis (por 100 000 habitantes)	...	...	...	...
Cobertura de inmunización contra el sarampión (%)	...	...	...	...
Cobertura de atención del parto por personal cualificado (%)	2014	100,0	...	99,9





Guadalupe, Guayana Francesa y Martinica son territorios franceses de ultramar en las Américas y han sido parte integrante de Francia desde 1946. El archipiélago de Guadalupe es el más grande de los territorios insulares, con una extensión de 1 703 km². Martinica tiene una superficie de 1 128 km² y la Guayana Francesa, 83 534 km².

Guadalupe y Martinica son a menudo azotadas por tormentas tropicales entre julio y octubre; la Guayana Francesa tiene 95% de su territorio cubierto por una densa selva amazónica. En el 2015, Guadalupe y Martinica tenían poblaciones similares, con 402 119 y 385 551 habitantes, respectivamente y la Guayana Francesa tenía 244 118 habitantes.

En el 2014, la esperanza de vida al nacer en Martinica era de 83,9 años para las mujeres y 78,1 años para los hombres; en Guadalupe era de 83,4 y 76,1, respectivamente, y en la Guayana Francesa era de 83,1 y 76,7, respectivamente. En el 2015, el producto interno bruto (PIB) per cápita fue € 22 571 en Martinica, € 20 163 en Guadalupe y € 16 645 en la Guayana Francesa.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

El 19% de los hogares es pobre en Guadalupe, 21% en Martinica y 44% en la Guayana Francesa. En el 2015, la tasa de desempleo era de 22,3% en la Guayana Francesa, de 23,7% en Guadalupe y de 19,4 en Martinica. Los grupos más afectados eran los jóvenes y las mujeres.

La asistencia a la escuela es obligatoria para los niños entre los 6 y 16 años de edad.

La vulnerabilidad a los desastres naturales es alta (sobre todo terremotos, tormentas tropicales y erupciones volcánicas).

En el 2008, Francia creó un mecanismo de solidaridad que proporciona a las personas un mínimo de recursos, acceso a ciertos beneficios sociales y asistencia con integración social o profesional. Los beneficiarios de este sistema alcanzan a 26,4% de la población en los departamentos de ultramar.

La Guayana Francesa sufre mayores limitaciones en la cobertura de acceso al agua potable, especialmente las poblaciones del interior y los sectores urbanos marginales, lo que se relaciona con una mayor incidencia de enfermedades entéricas.

En la Guayana Francesa, la extracción de oro acarrea problemas ambientales, como contaminación del agua, deforestación, degradación de la vida silvestre y transmisión de la malaria.

En el 2013, los migrantes representaban 1,8% de la población en Martinica, 5% en Guadalupe y 33% en la Guayana Francesa.

SITUACIÓN DE LA SALUD Y DEL SISTEMA DE SALUD

Las dos causas principales de muerte materna son la hemorragia durante el parto y la hipertensión materna.

En el 2015, la tasa de mortalidad infantil fue de 7,6 muertes por cada 1 000 nacidos vivos en Martinica, 8,1 en Guadalupe y 9,9 en la Guayana Francesa. Entre 10% y 12% de los nacimientos son prematuros.

En el 2013 se registraron 6 600 muertes en los tres departamentos. Los principales grupos de causas de muerte fueron las enfermedades cardiovasculares y los signos y síntomas no clasificados en otra parte (que alcanzan 18,3% en la Guayana Francesa y 13,4% en Guadalupe).

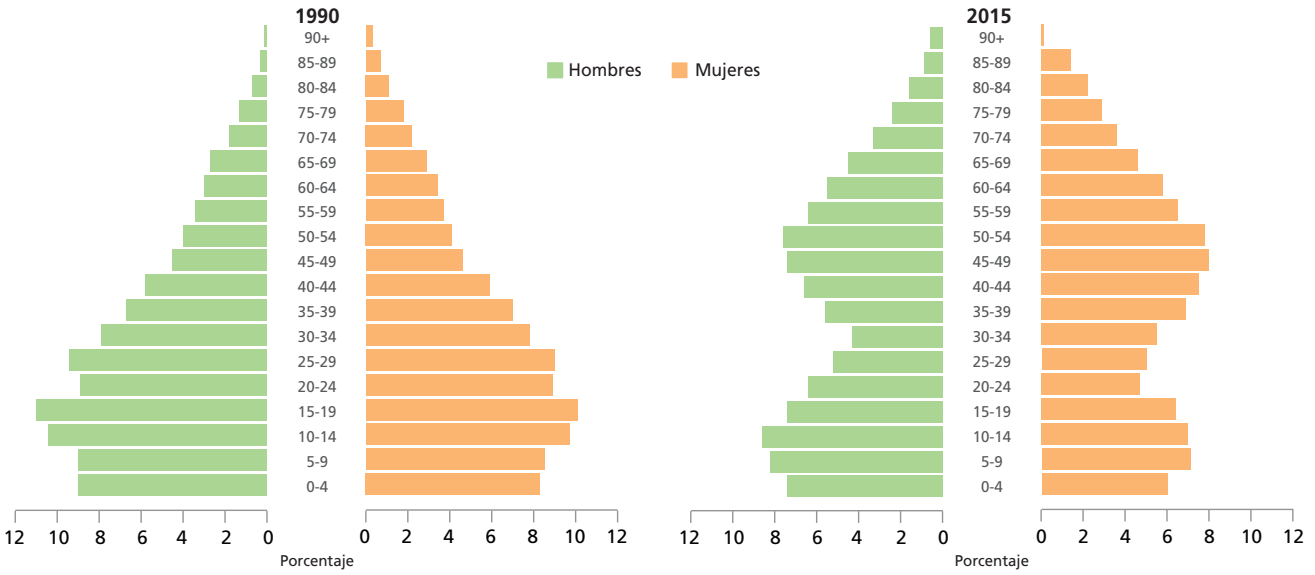
Martinica y Guadalupe reportan menos de 10 casos importados de malaria al año, pero la enfermedad en la Guayana Francesa es endémica, con 434 casos registrados en el 2015. Entre el 2000 y el 2009 se registraron 192 casos de enfermedad de Chagas en la Guayana Francesa, sin casos en las islas.

No se han reportado casos de poliomielitis, difteria o tétanos neonatal durante décadas. El sarampión y la rubéola se han declarado eliminados en los tres departamentos.

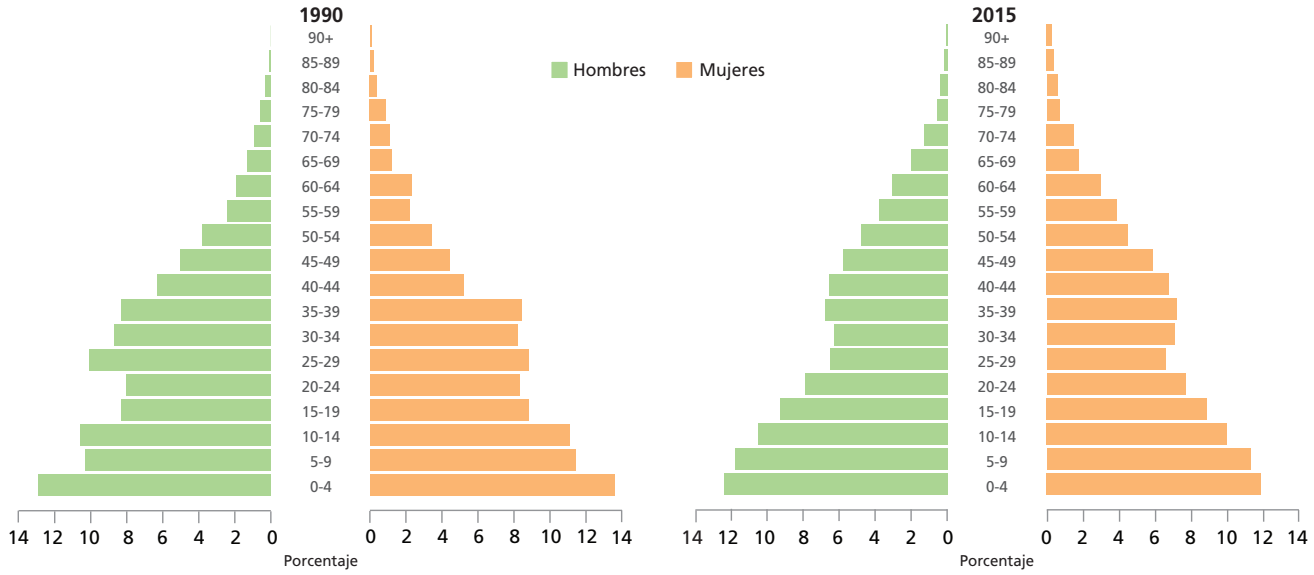
El dengue es endémico en todos los departamentos y el paludismo está muy extendido en el interior de la Guayana Francesa. En los tres territorios ocurren epidemias frecuentes que ocasionan algunos casos graves y hasta muertes (la letalidad oscila entre 0,03% y 0,06%).

El virus chikunguña se introdujo a finales del 2013, causando una epidemia que generó 72 500 consultas en Martinica,

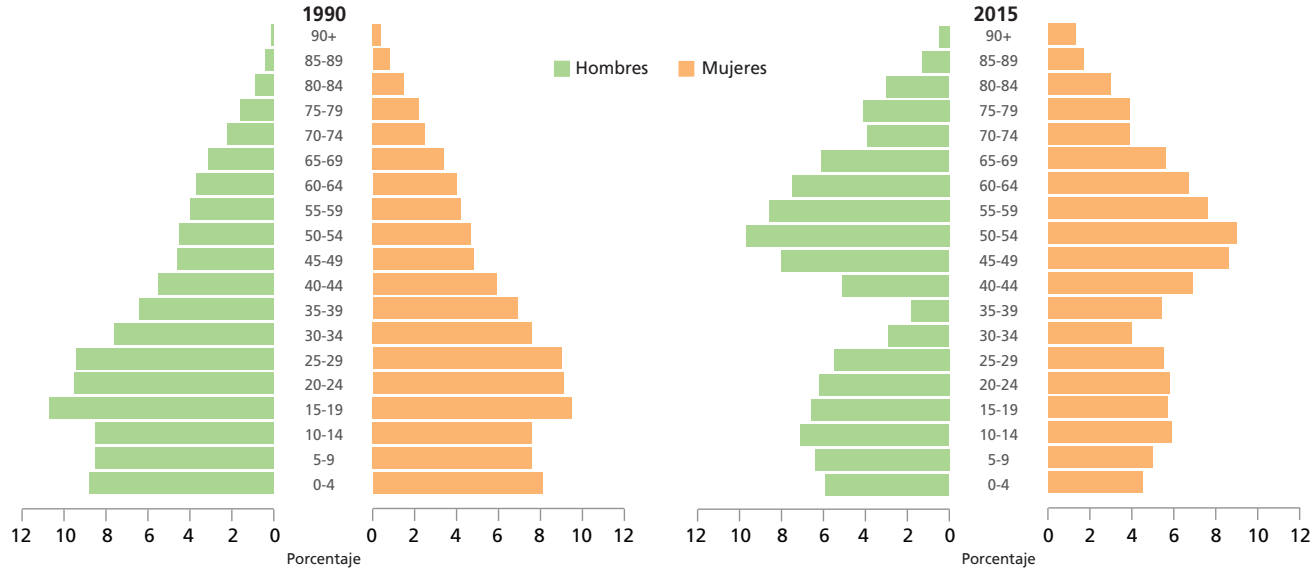
Estructura de la población según edad y sexo, Guadalupe, 1990 y 2015



Estructura de la población según edad y sexo, Guayana Francesa, 1990 y 2015



Estructura de la población según edad y sexo, Martinica, 1990 y 2015



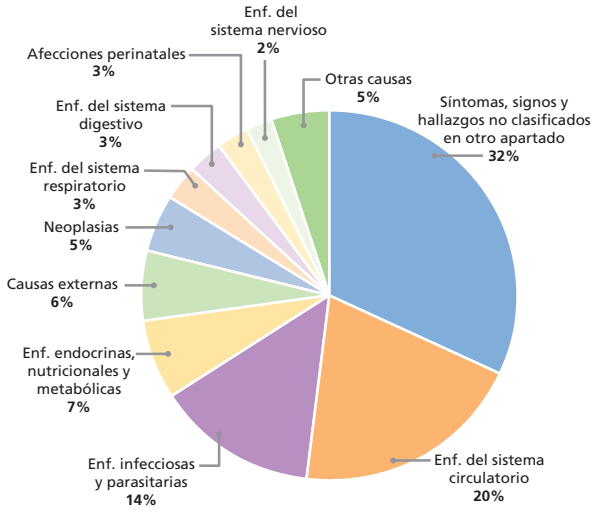
81 200 en Guadalupe y 320 en la Guayana Francesa. El virus del Zika ha circulado en todos los departamentos, con 16 síndromes congénitos asociados en la Guayana Francesa, 6 en Guadalupe y 18 en Martinica a inicios del 2017.

La lepra es endémica; en el 2015 se registraron 21 casos en la Guayana Francesa, 5 en Guadalupe y ninguno en Martinica. En el 2013, la tasa de incidencia de tuberculosis fue de 4,5 casos por 100 000 habitantes, fluctuando entre 4,5 en Guadalupe, 3,8 en Martinica y 28,0 en la Guayana Francesa.

En el 2013 se registraron 907 nuevos casos de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en la Guayana Francesa, 240 en Guadalupe y 225 en Martinica. Debido a la disponibilidad de fármacos antirretrovirales, la tasa de mortalidad por sida es relativamente baja y estable.

En el 2011, en Guadalupe y Martinica se registraron 69,4 y 60,9 casos de leptospirosis por 100 000 habitantes, respectivamente. Durante las tres últimas décadas se han diagnosticado en la Guayana Francesa casos de leptospirosis de forma habitual.

Mortalidad proporcional (% defunciones totales, todas las edades, ambos sexos), 2014



Nota: Total de muertes registradas en Guadalupe, Guayana Francesa y Martinica, 2014.

Las enfermedades crónicas no transmisibles son las afecciones más comunes en la población, y las enfermedades cardiovasculares, la principal causa de muerte en Guadalupe y en la Guayana Francesa. En el 2014, la prevalencia de diabetes osciló entre 10% y 11%, aumentando con la edad. La proporción de población con sobrepeso u obesidad está creciendo en Guadalupe y Martinica. Entre el 2003 y el 2004, la prevalencia de hipertensión arterial en la población de 16 años o más era de 22% (20% entre los hombres y 25% entre las mujeres) y aumenta con la edad, llegando a 65% en el grupo de 65 años o más.

Cada año se registran aproximadamente 1 300 muertes por neoplasias malignas. En los hombres, las formas más comunes son el cáncer de próstata y el colorrectal. En las mujeres, el cáncer de mama, el colorrectal y el de cuello uterino.

En el 2015, hubo 40 muertes relacionadas con accidentes de tráfico en Guadalupe, 29 en Martinica y 28 en la Guayana Francesa.

En el 2014, el consumo diario de tabaco en los mayores de 16 años era de 15% en Martinica, 12% en la Guayana Francesa y 12% en Guadalupe.

La Agencia Regional de Salud (ARS) se encarga de implementar las políticas sanitarias en cada uno de los departamentos franceses. Los complejos hospitalarios y las clínicas privadas son las entidades que prestan atención a la salud.

Francia cuenta con un mecanismo de cobertura sanitaria básica universal que ofrece acceso a un seguro de salud para toda persona que haya vivido en el país durante al menos tres meses y que, de otro modo, carecería de cobertura. El pago al momento del uso es bajo y en su mayor proporción es reembolsado por la seguridad social de salud. El plan también incluye cobertura de seguro médico suplementario, que, a diferencia del seguro médico universal básico, proporciona atención médica adicional gratuita. Este tipo de seguro médico suplementario está destinado a cubrir a las poblaciones más necesitadas. Un alto porcentaje de la población de los tres departamentos franceses está cubierto por estos regímenes básicos y suplementarios de seguro de salud.

La Guayana Francesa cuenta con centros de salud de atención primaria diseñados para atender a residentes geográficamente aislados y con mayores limitaciones de acceso, que representan 20% de la población.

El gasto anual per cápita es cercano a € 2 000 en Martinica, € 1 800 en Guadalupe y €1 400 en la Guayana Francesa.

La escasez y distribución desigual de los profesionales de la salud es más crítica en la Guayana Francesa, con insuficiencia de médicos generales y especialistas, tanto en los hospitales como en los centros ambulatorios.

En la Guayana Francesa, el acceso a la atención sanitaria se ve más obstaculizado por razones geográficas y de dificultades de movilidad de la población, en lugares donde además existe escasez de centros asistenciales y de personal de salud.

LOGROS, DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS

El estado de salud de la población ha mejorado en los últimos 30 años. En Guadalupe, los principales indicadores muestran una mejora en las dos últimas décadas, con disminución de la mortalidad infantil, mejora general del nivel de vida y progreso en la atención médica y prestación de servicios de salud.

A pesar de los avances en salud, se mantienen problemas como la hipertensión arterial, los accidentes cerebrovasculares, la diabetes y los trastornos mentales.

Martinica y Guadalupe, con poblaciones de mayor esperanza de vida al nacer y longevidad que la de la Guayana Francesa, se enfrentan cada vez más a problemas de salud pública relacionados con el envejecimiento, especialmente a las enfermedades crónicas no transmisibles.

Las zoonosis siguen siendo motivo de preocupación en los departamentos, en especial en la Guayana Francesa, así como la infección por el VIH.

La promoción de la salud se ha identificado como prioridad en la estrategia de salud, junto a la prevención y la educación.

PUNTOS ADICIONALES

Los tres departamentos, como parte de Francia, cuentan con un efectivo sistema de seguridad social y cobertura básica universal de salud, además de sólidos y complementarios sistemas de seguros de salud, basados en la solidaridad.

En el 2016, la estrategia para los territorios de ultramar formulada por los Ministerios de Salud y de Territorios de Ultramar estableció cinco prioridades generales de acción en salud pública: a) mejorar el estado de salud, reducir las desigualdades e incrementar la promoción de la salud; b) realizar vigilancia de la salud y gestión de crisis; c) dar una respuesta al envejecimiento de la población y a las personas con discapacidad; d) mejorar el sistema de salud, la investigación y la innovación; y e) lograr una reducción de las inequidades en el acceso a los servicios de salud.

El Comité de Educación para la Salud en Guadalupe y el Comité de Prevención y Educación para la Salud en Martinica contribuyen a la promoción de la salud, que se ha identificado como una prioridad en la estrategia de salud. Numerosas asociaciones, incluidas las entidades nacionales, de distrito y municipales, junto a grupos de defensa de los pacientes, desempeñan un papel esencial conjunto como asociados en la prevención de enfermedades, aportando su experiencia en ámbitos como el VIH/sida, el abuso de sustancias, la enfermedad de células falciformes y el cáncer.



GUATEMALA

INDICADORES BÁSICOS SELECCIONADOS

1990-2015

	Valor 1990	Valor y año	Variación (%)
Ingreso nacional bruto, paridad de poder adquisitivo (PPA, US$ per cápita)	...	7 250 (2014)	...
Índice de desarrollo humano	0,478	0,627 (2013)	31,2
Promedio de años de escolaridad	3,1	7,0 (2014)	125,8
Población que usa instalaciones de agua potable mejoradas (%)	77,0	93,0 (2015)	20,8
Población que usa instalaciones de saneamiento mejoradas (%)	47,0	64,0 (2015)	36,2
Esperanza de vida al nacer (años)	62,2	72,3 (2012)	16,2
Mortalidad infantil (por 1 000 nacidos vivos)	59,6	19,0 (2013)	-68,1
Mortalidad materna (por 100 000 nacidos vivos)	...	113,4 (2013)	...
Incidencia de tuberculosis (por 100 000 habitantes)	75,0	19,8 (2013)	-73,6
Mortalidad por tuberculosis (por 100 000 habitantes)	9,7	1,6 (2013)	-83,5
Cobertura de inmunización contra el sarampión (%)	68,0	99,0 (2015)	45,6
Cobertura de atención del parto por personal cualificado (%)	...	66,0 (2015)	...



Población en 1990 (millones)	9,2
Población en el 2016 (millones)	16,7
Variación (%)	81,5



Guatemala está ubicada en América Central y limita con México, Honduras, El Salvador y Belice. Con una superficie de 108 928 km^2, su división política y administrativa incluye 22 departamentos y 340 municipios. Los grupos étnicos principales son el garífuna, el maya, el mestizo y el xinca.

Aunque el idioma oficial es el español, hay 22 idiomas hablados por la etnia maya con sus distintas variedades dialectales, además del garífuna y el xinca.

Entre 1990 y el 2016, la población creció 81,5%. Su estructura expansiva se mantiene, aunque hay un envejecimiento progresivo, que alcanzaba a 16,3 millones de habitantes en el 2015 y 16,7 millones en el 2016. Para el 2015, 5,3% de la población tiene 65 años o más.

En el 2012, la esperanza de vida al nacer fue de 68 años en los hombres y 75 años en las mujeres.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

En el 2014, la pobreza extrema en la población general alcanzaba a 23,4% de la población, y era mayor en la población indígena (39,8%) y en zona rural (35,3%). El 65,8% del empleo era informal. Este porcentaje alcanza 80,3% entre el grupo de personas indígenas frente a solo 57,7% para las personas no indígenas.

En el 2014, la alfabetización en la población de 15 años o más alcanzaba a 79,1% (84,8% en hombres y 74,0% en mujeres; 86,1% en población urbana y 71,4% rural). Entre las mujeres de la zona rural, la alfabetización alcanza 64,7%, pero las mujeres indígenas, con una tasa de 57,6%, son las menos favorecidas en el acceso a la educación.

Los departamentos de mayor población indígena, rurales e inaccesibles a los servicios de salud fueron los que tenían los valores más altos de mortalidad materna.

La población sufre periódicamente las consecuencias de desastres naturales, entre los que destacan las erupciones volcánicas, las sequías y las tormentas.

La urbanización avanza principalmente por la migración interna hacia centros urbanos. En las ciudades más grandes y en las zonas fronterizas se observan inseguridad y violencia derivadas del narcotráfico, la prostitución y el tráfico de personas, entre otras circunstancias.

La migración es importante y se dirige principalmente hacia los Estados Unidos y México. Por su posición geográfica, el país se encuentra en un corredor migratorio que registra actividades relacionadas con la trata de personas y las drogas. Esto expone al país a episodios de violencia e inseguridad.

El sector de la salud ha estado segmentado y fragmentado, con dificultades en las funciones de rectoría y con brechas de financiamiento. Los indicadores de salud muestran desigualdades y brechas difíciles de superar.

SITUACIÓN DE LA SALUD Y DEL SISTEMA DE SALUD

En el 2013, la mortalidad materna fue 113,4 muertes por cada 100 000 nacidos vivos. El 68,4% de las defunciones correspondió a mujeres indígenas y 42% a analfabetas. Las principales causas de muerte fueron la hemorragia, la hipertensión, la infección y el aborto.

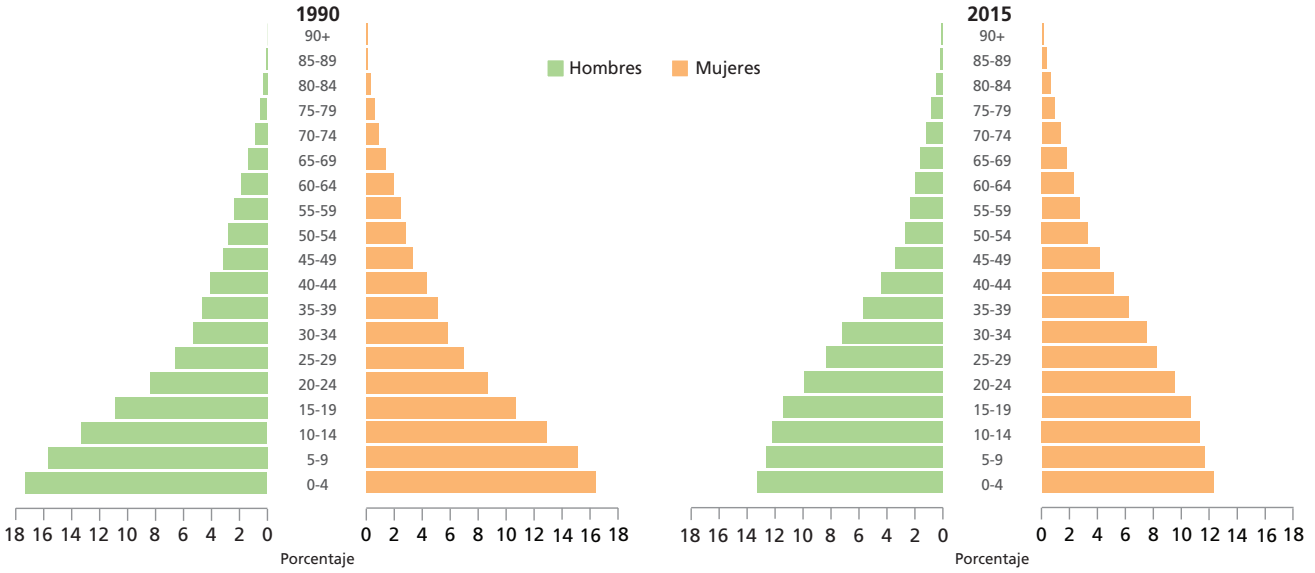
Se ha estimado que 20,7% de las mujeres entre los 10 y los 19 años de edad ya habían tenido un embarazo y 16,2% ya eran madres.

En el quinquenio 2010-2015, la mortalidad en menores de 5 años alcanzó 35 muertes anuales por 1 000 nacidos vivos. El 40,5% de las muertes ocurrieron en el período neonatal y 80%, en el primer año de vida.

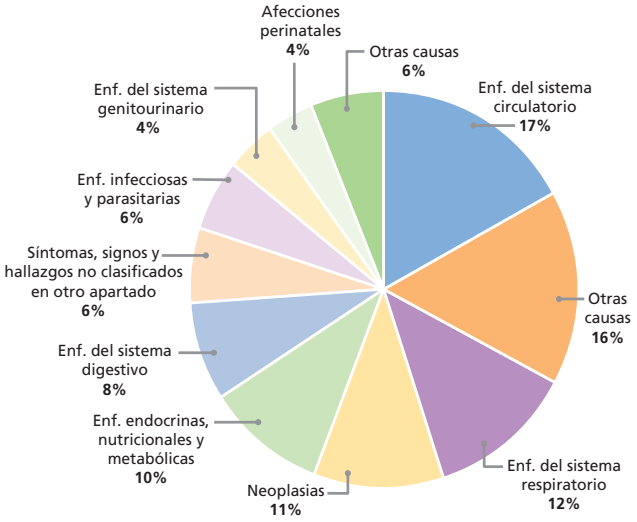
Las principales causas de muerte en los menores de 1 año fueron las afecciones originadas en el período perinatal y las malformaciones congénitas.

En el período 2014-2015, la cobertura de vacunación en el segundo año de vida alcanzó 98% para la BCG (antituberculosa), 84,6% en la tercera dosis de la pentavalente, 82,5% de la tercera dosis de polio y 63% de la del sarampión. Solo 59% tenían todas las vacunas. Se han logrado avances en el proceso de eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita, y se ha mantenido la eliminación del tétanos neonatal.

Estructura de la población según edad y sexo, Guatemala, 1990 y 2015



Mortalidad proporcional (% defunciones totales, todas las edades, ambos sexos), 2014



En el 2010 se incorporó la vacuna contra el rotavirus y en el 2016 se introdujo la segunda dosis de la vacuna contra el sarampión. En el marco de la fase final de erradicación de la poliomielitis, se introdujo la primera dosis de vacuna inactivada y, para las dosis siguientes del esquema, se realizó el cambio de vacuna oral trivalente por la vacuna oral bivalente.

Uno de los grandes desafíos para la prestación de servicios de salud es el monolingüismo, sobre todo en el caso de las mujeres mayas, que hablan su idioma materno maya pero no el idioma oficial del país, que es el español.

La prevalencia estimada de discapacidad fue de 37,4 casos por cada 1 000 habitantes. A inicios del 2017, al momento de una encuesta, solamente 22% de las personas con discapacidad estaban siendo atendidas.

En el 2014, 17% de las muertes correspondieron a enfermedades del sistema circulatorio; 16%, a causas externas, y 12%, a enfermedades del sistema respiratorio.

En el 2016, la diabetes mellitus fue la causa de 69,9 muertes por 100 000 habitantes (62,0 en hombres y 75,0 en mujeres), mientras que las enfermedades isquémicas del corazón provocaron 65,7 muertes por 100 000 habitantes (77,3 en hombres y 56,1 en mujeres).

El cáncer de mama fue la causa de muerte en 6 de cada 100 000 mujeres y el de próstata, en 17,1 de cada 100 000 hombres.

La tasa de homicidios fue mayor en hombres que en mujeres (62,3 y 9,6 por 100 000 habitantes, respectivamente).

El dengue presenta un nivel hiperendémico en varias zonas del territorio, donde se ha demostrado que circulan los cuatro serotipos. En el 2015 se registraron 50 casos de dengue grave, con nueve muertes. En el mismo año se notificaron 30 716 casos de virus del chikunguña.

En el 2016 se produjeron 11,4 casos de virus del Zika por cada 100 000 habitantes. En el 2010, existían 166 667 personas con enfermedad de Chagas, y en los últimos cinco años se notificaron seis casos de rabia humana.

En el 2016 se declaró el país como libre de la oncocercosis. En el período 2010-2014 se notificaron 2 600 casos de leishmaniasis, con una incidencia de 20 por cada 100 000 habitantes.

En el 2012, la mortalidad por tuberculosis, malaria e infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)/sida alcanzó a 1,5, 0,1 y 3,2 muertes por cada 100 000 habitantes, respectivamente. En el 2015, había 55 000 personas con infección por VIH y 3 700 nuevas infecciones anuales estimadas.

En el período 2010-2015, la tasa de incidencia de tuberculosis bajó de 23 a 21 por cada 100 000 habitantes. En el 2015, fueron diagnosticadas 63 personas con tuberculosis multifarmacorresistente y 40 iniciaron tratamiento. En el 2010, las principales causas de prevalencia de enfermedades crónicas fueron la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, las enfermedades cerebrovasculares y las neoplasias.

Se cree que 46,5% de los menores de 5 años presenta talla baja, un problema mayor en los pueblos indígenas (58%), en los hijos de madre sin escolarizar (67%) y en las zonas rurales (53%). El 56,2% de las mujeres y el 47,6% de los hombres presentan sobrepeso u obesidad.

Las enfermedades crónicas no transmisibles constituyen una pesada carga sobre la población, en especial las cardiovasculares, la diabetes, diversos tipos de cáncer y las enfermedades respiratorias y renales crónicas.

El ente rector nacional es el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Cuenta con una cobertura asignada de 70% y presta servicios en los tres niveles de atención; sin embargo, los indicadores de acceso son bajos, principalmente para la población indígena.

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social cubre aproximadamente a 18% de la población y cerca de 8% de la población tiene acceso a seguros privados.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ha lanzado el Modelo Incluyente de Salud (MIS) como mecanismo para reordenar y fortalecer la red de servicios públicos de la salud.

En el 2014, la recaudación fiscal y tributaria promedio del país representó 11,6% del producto interno bruto (PIB). Para el 2014, el financiamiento de la salud representó 6,3% del producto interno bruto, incluyendo los sectores público y privado.

En el 2014 había 7,5 médicos por cada 10 000 habitantes, pero con distribución desigual, ya que en algunos departamentos la disponibilidad es de solo 1,5 médicos por 10 000 habitantes.

En el 2015, el Ministerio de Salud contaba con un modelo de atención en el primer nivel. Consiste en un proceso de institucionalización de los servicios de salud orientado a garantizar las acciones preventivas y de promoción a nivel individual, familiar y comunitario.

Se da prioridad a las comunidades rurales, con asignación de territorios sanitarios definidos (5 000 personas), a equipos de salud conformados por auxiliares de enfermería, educadores y facilitadores comunitarios en puestos de salud rurales, coordinando también con comadronas.

LOGROS, DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social tiene el rol rector del sector salud, pero cuenta con limitaciones políticas y financieras que impiden una gestión más efectiva del sector, cuyo sistema sanitario se encuentra segmentado y fragmentado. El relativamente bajo y desigual nivel de los indicadores sociales y de salud plantea desafíos complejos de resolver con la estructura y desempeño actual de dicho sistema.

Los principales desafíos del sistema de salud se enfocan en estructurar políticas y planes que sean factibles, que puedan implementarse progresivamente y que a su vez consideren las posibilidades reales de desarrollo, de acuerdo al recurso disponible, al contexto nacional y a las condicionantes financieras globales del país.

Hay que implementar un modelo que favorezca el acceso y la cobertura universal de salud, con especial atención al abordaje de los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud.

Resolver las barreras de acceso relacionadas con el idioma, debido al monolingüismo de gran parte de la población indígena, es un aspecto que preocupa.

En las políticas de salud deben integrarse mecanismos y herramientas que aborden los determinantes de la salud de un modo intersectorial, que vinculen al sector con la agenda social y económica global, y que mejoren la función rectora de la autoridad sanitaria.

De igual manera, se requiere una coordinación intersectorial apropiada para abordar las acciones en respuesta a los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

PUNTOS ADICIONALES

Los últimos focos de transmisión de oncocercosis (enfermedad de Robles) se eliminaron en el período del 2007 al 2011. En septiembre del 2016, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró a Guatemala el cuarto país libre de la enfermedad, tras una verificación internacional.

También Guatemala fue uno de los países de la Región en que se realizaron los estudios de eficacia y efectividad de la ivermectina en el control de la enfermedad.

En lo que respecta a otras enfermedades transmisibles, el país también ha tenido notables progresos en el control de la malaria (solo se ha detectado en los departamentos de Escuintla y Alta Verapaz, donde persisten focos importantes de transmisión). Se espera una próxima eliminación del tracoma.

El país cumplió la meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (6C) al lograr reducir la malaria en más de 75% con respecto a 1990.

Continúa libre la circulación del poliovirus salvaje en el país. Se han logrado avances en el proceso de eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita, y se ha mantenido la eliminación del tétanos neonatal. Siguen en control la difteria, la hepatitis B, las infecciones invasivas por *Haemophilus influenzae* tipo B, la meningitis tuberculosa y la tos ferina.



GUYANA

INDICADORES BÁSICOS SELECCIONADOS

1990-2015

	Valor 1990	Valor y año	Variación (%)
Ingreso nacional bruto, paridad de poder adquisitivo (PPA, US$ per cápita)	...	3 724 (2015)	...
Índice de desarrollo humano	0,541	0,636 (2013)	17,4
Promedio de años de escolaridad	6,8	6,4 (2014)	-5,7
Población que usa instalaciones de agua potable mejoradas (%)	79,0	98,0 (2015)	24,1
Población que usa instalaciones de saneamiento mejoradas (%)	76,0	84,0 (2015)	10,5
Esperanza de vida al nacer (años)	62,0	66,0 (2014)	6,5
Mortalidad infantil (por 1 000 nacidos vivos)	47,1	23,9 (2013)	-49,3
Mortalidad materna (por 100 000 nacidos vivos)	...	...	...
Incidencia de tuberculosis (por 100 000 habitantes)	90,0	71,3 (2013)	-20,7
Mortalidad por tuberculosis (por 100 000 habitantes)	7,5	16,0 (2013)	113,3
Cobertura de inmunización contra el sarampión (%)	53,0	100,0 (2015)	88,7
Cobertura de atención del parto por personal cualificado (%)	...	99,7 (2015)	...



Población en 1990 (miles)	**720,3**
Población en el 2012 (miles)	**747,9**
Variación (%)	**3,8**



Guyana se encuentra en la costa nororiental de América del Sur y limita con Suriname, Venezuela y Brasil. Cuenta con dos zonas de distintas características, la zona costera y la interior (o interior rural). Ocupa una superficie de 215 000 km^2 y se divide administrativamente en 10 regiones. Su idioma oficial es el inglés, y además se hablan al menos ocho idiomas y dialectos diferentes.

Desde el 2010 hasta el 2015 solo ha crecido 0,7% e incluso en algunos momentos ha mostrado un crecimiento negativo. Tiene una población multiétnica compuesta por indoguyaneses (40% de la población total), afroguyaneses (26%), amerindios (11%) y de etnicidad mixta (20%). En conjunto, la población china, portuguesa y blanca representa menos de 1% del total.

Su población tenía una estructura expansiva en 1990, pero actualmente es piramidal irregular, con predominio de algunos grupos de edad en relación con distintas migraciones. La esperanza de vida al nacer fue de 66 años.

En el 2015 el producto interno bruto (PIB) per cápita fue de US$ 3 724. La agricultura, la silvicultura y las industrias pesqueras y mineras representaron 28% del total del PIB.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

El nivel de alfabetización en adultos era de 85% en el 2012 (82% en los hombres y 87% en las mujeres). La educación es gratuita y obligatoria entre los 5 y los 16 años.

En el 2015, la tasa general de desempleo fue de 6,9%, y es más alta en los jóvenes (25,1%). El 18,3% de los niños de 5 a 17 años desempeñaban algún trabajo infantil.

En el 2012, los hogares con jefas de hogar eran más frecuentes en las zonas urbanas y representaban 44%.

La comunidad de ascendencia amerindia habita de forma mayoritaria en el interior del país. Es el grupo social más vulnerable, y tiene los indicadores de pobreza y salud más bajos del país.

Alrededor de 7% de los hogares utilizan combustibles sólidos para cocinar, en especial en la zona interior del país (31%).

En el 2014, 83% de los hogares han mejorado tanto la fuente de agua potable como las instalaciones sanitarias (90% en las poblaciones urbanas, 81% en las rurales, 88% en las costeras y 55% en el interior).

El censo del 2012 reveló un flujo neto positivo de personas que regresaron del exterior a las regiones del interior del país y un flujo neto negativo de las personas que residían en las regiones del área costera que emigraron del país hacia el extranjero.

A mediados del 2016, debido al descubrimiento de más petróleo, el Banco Mundial clasificó a Guyana como un país de ingresos medianos altos. El salario mínimo básico de Guyana es de US$ 3 000 por año.

Las repercusiones más importantes del cambio climático están relacionadas con el aumento de la incidencia de las enfermedades transmitidas por vectores, por el agua y por los alimentos.

SITUACIÓN DE LA SALUD Y DEL SISTEMA DE SALUD

Se registraron 18 muertes maternas en el 2013: una de una madre de 18 años de edad; 9 de mujeres entre 20 y 29 años; 3 de entre 30 y 34 años; y 5 de madres que tenían más de 35 años. La cobertura de partos atendidos por personal calificado superó 90%, pero en el interior 74% de los partos fueron institucionalizados y el porcentaje restante fue domiciliario. El mismo año, 12% de todos los partos fue por cesárea.

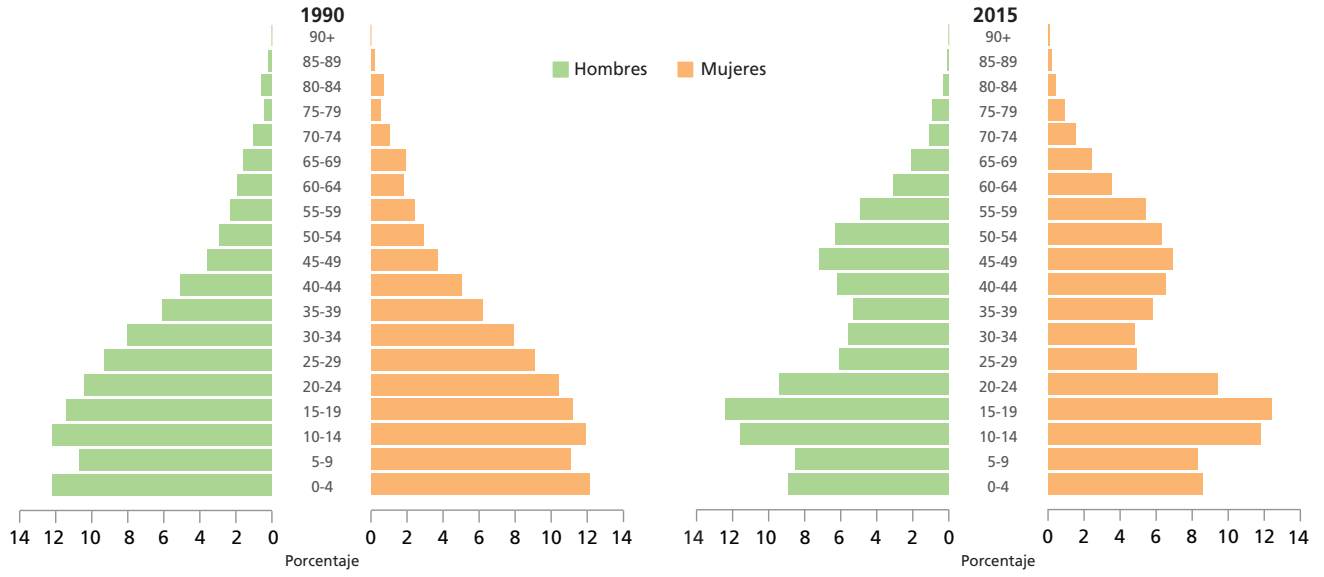
En el 2014, la tasa de mortalidad de menores de 5 años fue de 23,9 muertes por 1 000 nacidos vivos.

La desnutrición leve a moderada en el grupo de menores de 5 años descendió del nivel de 5% registrado en el 2010 y se mantuvo en alrededor de 2% durante los años 2011-2015.

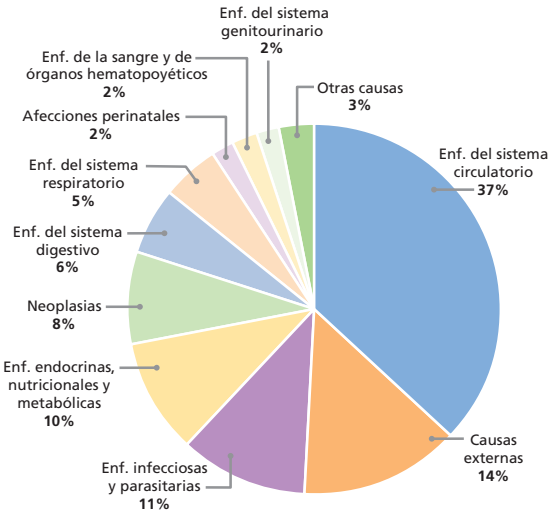
En el 2015, la cobertura de vacunación con todos los antígenos (BCG, pentavalente, vacuna antipoliomielítica oral y vacuna antipoliomielítica inactivada) se mantenía en 90% en los niños menores de 1 año, excepto cuando se incorporó una vacuna nueva en el calendario.

En el 2012, 37% de las muertes fueron causadas por enfermedades del sistema circulatorio, 14% por causas externas y 11% por enfermedades infecciones y parasitarias.

Estructura de la población según edad y sexo, Guyana, 1990 y 2015



Mortalidad proporcional (% defunciones totales, todas las edades, ambos sexos), 2014



Las causas más específicas de mortalidad en los hombres fueron la enfermedad isquémica del corazón y la enfermedad cerebrovascular. En las mujeres, fueron las enfermedades cerebrovasculares, las neoplasias malignas y la enfermedad isquémica del corazón.

El 5,1% de la población tiene 65 años o más. En este grupo ocurre 42,4% de las muertes, cuyas principales causas son la enfermedad cerebrovascular, la cardiopatía isquémica, la diabetes mellitus, la neoplasia y la enfermedad cardíaca hipertensiva.

En el 2014 se notificaron 12 353 casos de malaria, cifra que representa una drástica disminución respecto de los 30 542 registrados en el 2013. Entre el 2010 y el 2014 se registraron 150 casos de leishmaniasis y 19 casos de enfermedad de Chagas. El virus chikunguña se detectó por primera vez en el 2014 y hacia fines del 2014 había más de 5 000 presuntos casos; el virus del Zika se detectó en el 2016.

En el 2015, el número de casos nuevos detectados de tuberculosis fue de 508 casos. En el 2015 se notificaron 915 nuevos casos de infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). En el mismo año, la tasa de coinfección de tuberculosis y VIH fue de 20%.

No hay información disponible sobre la prevalencia nacional de hipertensión, pero la vigilancia de la enfermedad registró 81 608 pacientes con hipertensión inscritos en el sistema público de salud en el 2014.

Se registraron 6 518 casos de cáncer entre el 2003 y el 2012, con una incidencia promedio de 86,7 por 100 000 habitantes. Los tipos específicos más frecuentes son el de mama, el cervicouterino y el de próstata.

La tasa de suicidio ajustada estimada se sitúa en 16,04 por 100 000 habitantes, es decir, 1,5 veces la tasa mundial (11,4, tasa mundial ajustada) y más de tres veces la de los países de ingresos medianos y bajos de la Región (5,2). El suicidio es casi cuatro veces más frecuente en los hombres que en las mujeres.

La prevalencia de peso inferior al normal de los menores de 5 años alcanzó a 8,5% en el 2015, retraso del crecimiento fue del 12% y caquesia, 6,4%, un problema que fue mayor en el interior y en zonas rurales, así como en los hogares más pobres y en los hijos de madres sin educación formal.

El Ministerio de Salud Pública funciona centralizado en los aspectos técnicos de la salud, pero hay descentralización administrativa al nivel regional. En las regiones administrativas, los consejos democráticos regionales controlan el presupuesto de salud, pero el Ministerio de Salud Pública es responsable de la prestación de servicios.

La atención de salud se organiza mediante un sistema de derivaciones de cinco niveles. El nivel I incluye 214 puestos de salud; en el nivel II se encuentran 136 policlínicas y centros de salud; el nivel III incluye 21 distritales o de la comunidad; en el nivel IV se encuentran 5 hospitales regionales y centros de diagnóstico, y en el nivel V, el Hospital Público de Georgetown (GPHC, por su sigla en inglés).

Existen brechas en la calidad de la prestación de servicios, en particular en la atención primaria. Estos problemas son más importantes en las zonas del interior del país.

En el 2014, la disponibilidad de médicos y de enfermeras y parteras era de 13,3 y 30,5 por 10 000 habitantes, respectivamente. En el 2013, 2 069 enfermeras y auxiliares de enfermería estaban habilitadas para trabajar en Guyana. En el 2013, el país contaba con 55 dentistas que atendían a toda la población (6,9 por cada 100 000 habitantes) y 57 consultorios odontológicos.

El Plan de Acción de Recursos Humanos de Guyana para 2011-2016 presenta un plan global para abordar los desafíos y las deficiencias de recursos humanos de salud.

La capacitación y el desarrollo de recursos humanos tiene lugar en dos niveles principales: la Universidad de Guyana ofrece títulos en medicina, enfermería, farmacia, tecnología médica y radiografía. La División de Educación en Ciencias de la Salud del Ministerio de Salud Pública capacita a trabajadores de salud de nivel medio y trabajadores de atención primaria de salud.

El sector de la salud dispone de diversos sistemas de información fragmentados y poco intercomunicados. Se necesita apoyo político, técnico y financiero para desarrollar las infraestructuras, reclutar recursos humanos cualificados y apoyar la sostenibilidad de estas tecnologías. En el 2015, solo 57,8% de la información de los establecimientos de salud llegaba a las autoridades nacionales, por lo que el subregistro de casos de mortalidad y morbilidad es alta.

LOGROS, DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS

En el 2013 se desarrolló la estrategia Visión Salud 2020, que incorpora objetivos estratégicos e intervenciones para responder a la carga de morbilidad en tres categorías: enfermedades crónicas; accidentes, lesiones y violencia; y salud mental.

Esta estrategia tiene tres metas: 1) impulsar el bienestar del pueblo de Guyana; 2) reducir las desigualdades en materia de salud; y 3) mejorar la prestación de servicios de salud de buena calidad, capaces de responder a las necesidades de las personas y basados en la evidencia.

Los problemas principales que enfrenta Guyana son las enfermedades no transmisibles, los trastornos mentales (suicidio), la infección por el VIH y la tuberculosis, las enfermedades transmitidas por vectores y el número insuficiente de personal de salud capacitado.

La malaria genera gran preocupación en Guyana. Su transmisión siempre ha estado vinculada al movimiento de las personas desde la costa hacia las regiones del interior, dada su participación en actividades económicas asociadas a las industrias extractivas (minería y madera).

En el 2016 se crearon diversas instancias para discutir y priorizar los desafíos y las limitaciones de salud que enfrenta el país en el contexto de las inequidades y la participación multisectorial. Las estrategias de distinto plazo tienen como objetivo ampliar el acceso a servicios de salud equitativos, de calidad e integrales.

Otro objetivo es reorientar las modalidades de financiamiento de la salud, con el fin de aumentar la eficiencia y las inversiones públicas y multisectoriales en materias relacionadas con la salud.

Debe mejorarse la administración y la gobernanza para redefinir las funciones y la estructura del Ministerio de Salud Pública con el fin de abordar de la mejor manera posible las desigualdades en salud.

También hay que mejorar la colaboración intersectorial (asociaciones estratégicas) formalizando las comisiones de salud en el gabinete gubernamental, además de establecer grupos técnicos interministeriales que contemplen la participación del nivel administrativo regional.

Las diversas estrategias facilitarán una transformación dinámica del sistema de salud de Guyana para lograr la salud universal y reducir las desigualdades.

PUNTOS ADICIONALES

El país tiene la oportunidad de lograr un importante crecimiento económico en el corto plazo, especialmente debido al descubrimiento de yacimientos de petróleo adicionales a mediados del 2016. Se espera que en el corto plazo eso tenga un impacto importante en el bienestar de sus habitantes.

La Fuerza Policial de Guyana se ha comprometido a reducir la delincuencia y la violencia y ha esbozado las prioridades en su plan estratégico para el período 2013-2017, que incluye la modernización de la policía. Las prioridades operativas del plan son abordar las drogas, la violencia doméstica, la delincuencia juvenil y la trata de personas.

El Gobierno de Guyana cuenta con una legislación que podría permitir una respuesta más eficaz a la amenaza del narcotráfico y el lavado de dinero. En enero del 2015 se puso en marcha un nuevo plan estratégico de lucha contra las drogas para el período 2015-2020.

El Gobierno está haciendo esfuerzos significativos para cumplir plenamente con las normas mínimas para la eliminación de la trata de personas, para lo cual se lanzó un plan de acción en el 2014.

En mayo del 2010, el Gobierno de Guyana presentó el primer modelo del mundo adoptado a escala nacional en pro de una economía hipocarbónica: la estrategia de desarrollo hipocarbónico de Guyana. Esta estrategia aporta un enfoque innovador para garantizar bajas tasas de deforestación y estimular la creación de una economía hipocarbónica resiliente a los efectos climáticos.



HAITÍ

INDICADORES BÁSICOS SELECCIONADOS

1990-2015

	Valor 1990	Valor y año	Variación (%)
Ingreso nacional bruto, paridad de poder adquisitivo (PPA, US$ per cápita)	...	820 (2014)	...
Índice de desarrollo humano	0,408	0,483 (2013)	18,6
Promedio de años de escolaridad	2,7	...	...
Población que usa instalaciones de agua potable mejoradas (%)	62,0	58,0 (2015)	-6,5
Población que usa instalaciones de saneamiento mejoradas (%)	18,0	28,0 (2015)	55,6
Esperanza de vida al nacer (años)	54,5	63,4 (2013)	16,4
Mortalidad infantil (por 1 000 nacidos vivos)	100,2	59,0 (2013)	-41,1
Mortalidad materna (por 100 000 nacidos vivos)	...	157,0 (2013)	...
Incidencia de tuberculosis (por 100 000 habitantes)	250,0	149,5 (2013)	-40,2
Mortalidad por tuberculosis (por 100 000 habitantes)	50,0	26,0 (2013)	-48,0
Cobertura de inmunización contra el sarampión (%)	73,0	64,0 (2015)	-12,3
Cobertura de atención del parto por personal cualificado (%)	...	50,0 (2015)	...



Población en 1990 (millones)	7,1
Población en el 2015 (millones)	10,9
Variación (%)	53,7



Haití se encuentra en el tercio occidental de la isla La Española, que comparte con la República Dominicana. Tiene una superficie de 27 750 km^2. Su división administrativa consta de 10 departamentos, 42 distritos, 140 comunas y 570 secciones comunales. Los dos idiomas oficiales son el francés y el creole (criollo haitiano), y este último es el que se habla habitualmente.

Entre 1990 y el 2015, la población aumentó 53,7% y mantuvo su estructura expansiva, aunque más lenta en los grupos de menores de 30 años de edad, y alcanzó 10 911 819 millones de habitantes en el 2015. La población urbana es de 51%. Para el período 2015-2020, se estima que la esperanza de vida al nacer será de 64,2 años.

La evolución de indicadores básicos entre 1990 y el 2015 refleja un avance general, aunque con un desarrollo económico, social y sanitario limitados. El coeficiente de Gini era de 0,66 en 2012.

En el 2014, el ingreso nacional bruto per cápita era de US$ 820.

DETERMINANTES SOCIALES

Las desigualdades sociales y sanitarias son importantes y siguen aumentando. Destaca la diferencia existente entre Puerto Príncipe y las zonas rurales.

Más de seis millones de personas viven bajo el umbral de la pobreza (US$ 2,0 al día). Entre el 2002 y el 2012 la pobreza extrema se redujo de 31% a 24%, pero alrededor de 2,5 millones de personas aún no pueden cubrir sus necesidades básicas de alimentos. El empleo no aporta suficientes ingresos para superar la pobreza, ya que 45% de los trabajadores vive con menos de US$ 1,25 diarios.

Haití importa tres veces más de lo que exporta y sus recursos más importantes provienen de las remesas de la diáspora haitiana (calculadas en US$ 2 100 millones en el 2015).

El país es propenso a sufrir desastres naturales (terremotos, huracanes) y se registra una importante erosión del suelo, lo que repercute en forma negativa en la economía. El deterioro de recursos naturales como el suelo, el agua y el aire ha sido progresivo, en especial en las últimas tres décadas.

El recurso hídrico es insuficiente para satisfacer las necesidades de la población, en especial de los estratos más pobres. Además es frecuente la contaminación del agua destinada al consumo humano, por urbanización no planificada e invasión de las zonas de fuentes de agua potable.

En el 2000, solo 36% de la población tenía acceso al agua potable y 21%, al saneamiento básico. La cobertura de agua potable aumentó a 57,5% en el 2015 (62,8% en las zonas urbanas y 17,6% en las rurales), y el saneamiento, a 28%.

En el 2012, 79% de los hombres y 74% de las mujeres estaba alfabetizada y 66% había finalizado la educación primaria. Menos de 10% de la población completó la educación secundaria o superior. El 67% de los estudiantes asistían a escuelas privadas, un porcentaje elevado porque la mayoría de las escuelas no son estatales.

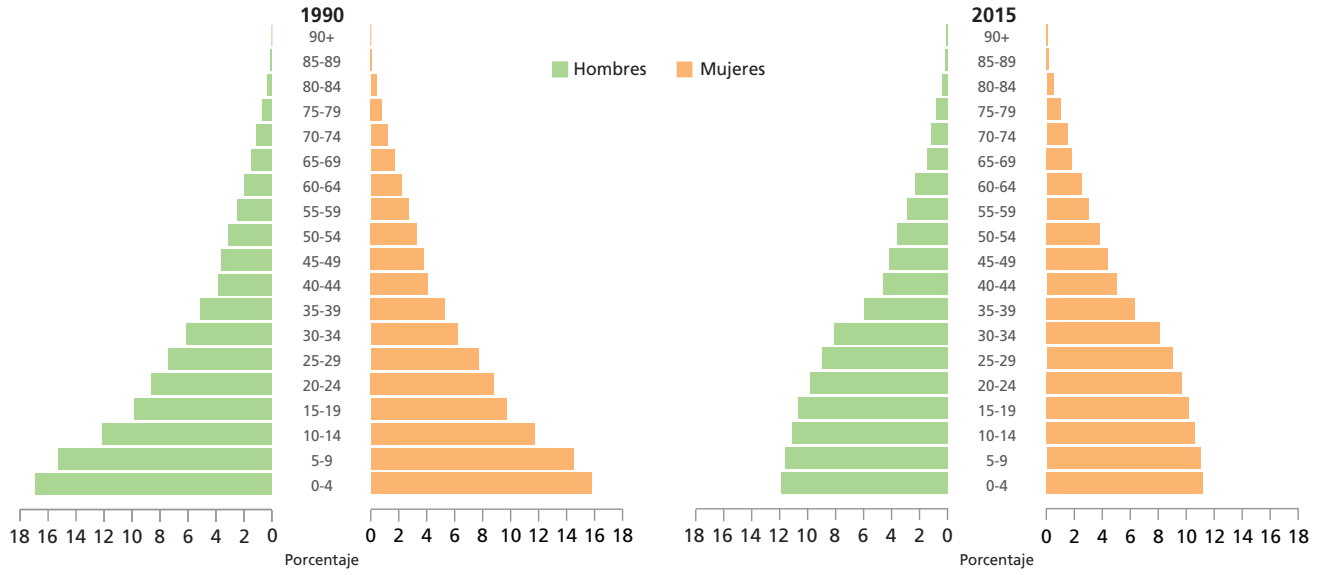
En el 2012 la tasa de homicidios se estimaba en 10,2 muertes por 100 000 habitantes. La violencia doméstica es común en Haití. En el 2012, más de una cuarta parte de las mujeres de 15 a 49 años (28%) informó que había sido víctima de violencia física desde los 15 años y 13% de las mujeres de ese mismo grupo de edad declaró haber sufrido abusos sexuales en algún momento de su vida.

El terremoto que azotó a Haití en el 2010 provocó la muerte de más de 200 000 personas e importantes daños en las infraestructuras nacionales. Los huracanes del 2012 y del 2016 causaron daños graves en algunas partes del país, con pérdidas de vidas humanas y destrucción de infraestructuras, casas, árboles, cultivos y animales.

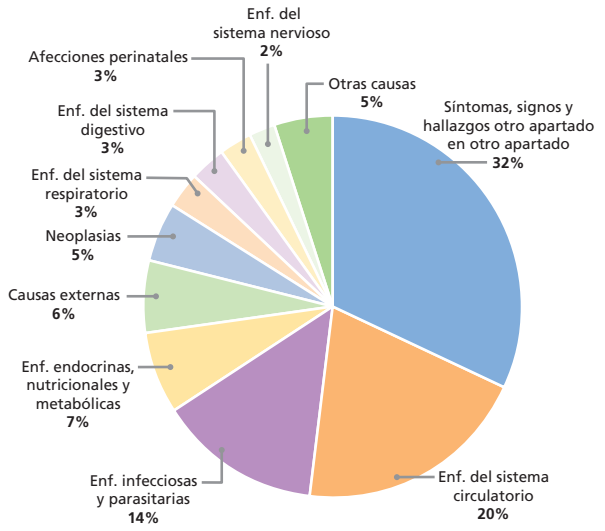
Los hogares más pobres gastan casi tres cuartas partes de sus ingresos totales en alimentos y los de mayores ingresos destinan más de la mitad.

La migración interna es continua; en el 2015, la tasa de urbanización superó 50% de la población. La emigración es importante, y se estima en 751 245 personas en el 2015. Se cree que los ingresos provenientes de los haitianos residentes en el extranjero representan 35% del producto interno bruto (PIB).

Estructura de la población según edad y sexo, Haití, 1990 y 2015



Mortalidad proporcional (% defunciones totales, todas las edades, ambos sexos), 2004



SITUACIÓN DE SALUD Y DEL SISTEMA DE SALUD

La tasa de mortalidad materna reportada por el país se estima en 157 muertes por 100 000 nacidos vivos en el 2013. Según los cálculos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la tasa de mortalidad materna cayó de alrededor de 630 muertes por 100 000 nacidos vivos en el período 2005-2006 a 380 por 100 000 en el 2013. A pesar de las diferencias en las metodologías y los cálculos, ha habido una disminución marcada de este indicador.

La cobertura del parto por personal cualificado es de 50,0% en el 2015. En el 2013, solo 43% de las instituciones de atención de salud ofrecía servicios de atención de parto y 10% realizaba cesáreas.

Entre 1990 y el 2012, la tasa de mortalidad de menores de 5 años disminuyó de 156 a 88 muertes por 1 000 nacidos vivos y la infantil disminuyó desde 122 a 59 por 1 000 nacidos vivos. La mortalidad es mayor en los hijos de madres con menor nivel educativo y económico.

Entre 1990 y el 2015, la tasa bruta de mortalidad disminuyó de 13,1 a 8,2 muertes por 1 000 habitantes. Hay pocos datos disponibles sobre las causas de muerte, porque los registros de las defunciones están incompletos y son inexactos. En el 2004, se estimaba que 32% de las muertes se debía a signos y síntomas mal definidos, y 20%, a enfermedades del sistema circulatorio.

La epidemia de cólera comenzó en el último trimestre del 2010 y se ha convertido en endemia. En el 2015 se registraron 36 045 casos. El virus chikunguña apareció en el 2014, con casi 70 000 presuntos casos ese año. En los diez primeros meses del 2015 se reportaron 3 036 casos del virus del Zika.

La filariasis linfática es endémica en Haití. La malaria también es endémica y presenta brotes después de las estaciones lluviosas. Los casos anuales confirmados han disminuido de 37 799 en el 2010 a 17 583 en el 2015.

El Programa Ampliado de Inmunización ha aumentado su cobertura durante los últimos años, aunque esta continúa siendo limitada. En el 2014 se verificó la eliminación del sarampión, la rubéola y la rubéola congénita.

La prevalencia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en adultos de 15 a 49 años es de 2,2%. La respuesta nacional al VIH se ha intensificado en los últimos años y la incidencia de la infección sigue disminuyendo, con un descenso de 27% entre el 2004 y el 2014. Entre el 2008 y el 2014, el número de muertes anuales por sida se ha reducido en más de la mitad (de 7 800 muertes en el 2008 a 3 800 en el 2014).

En el 2015 se registraron 16 431 casos de tuberculosis. En el 2012 la tasa de mortalidad por tuberculosis se estimó en 25 muertes por 100 000 habitantes.

Entre 1995 y el 2012, la prevalencia de desnutrición crónica infantil se redujo de 38,1% a 21,9%. La desnutrición aguda disminuyó de 9,4% a 5,1%, y la insuficiencia ponderal descendió de 27,5% a 11,4%. En el 2012, se detectó anemia en 65% de niños entre 6 y 59 meses, así como en 49% de las mujeres en edad fértil.

La Política Nacional de Salud (2012) formula la acción gubernamental en salud para los próximos 25 años y el Plan Maestro de Salud 2012-2022 establece como prioridades de acción el fortalecimiento organizacional, la prestación de servicios y la asistencia sanitaria frente a los problemas prioritarios de salud, la gestión de desastres, el saneamiento y la salud y, por último, la protección del medio ambiente.

La red formal de servicios de salud está organizada en 10 departamentos de salud y 42 unidades de distritos de salud, y cuenta con más de 900 instituciones (38% públicas, 42% privadas y 20% mixtas).

El primer nivel cuenta con alrededor de 800 centros de salud de primer y segundo nivel y 45 hospitales comunitarios de referencia. El segundo nivel dispone de 10 hospitales departamentales, mientras que el tercer nivel cuenta con hospitales universitarios y algunos centros especializados.

El sector privado es importante, especialmente en el área metropolitana. Incluye a instituciones con y sin ánimo de lucro, y su articulación con el sector público es escasa. La medicina tradicional es muy activa.

La proporción del PIB correspondiente al gasto total en salud aumentó de 5,3% en 1995 a 9,4% en el 2013. El gasto total per cápita en salud en 1995 era menos de US$ 100, y aumentó hasta US$ 229 en el 2014.

En el 2014, el 34,8% del gasto directo en salud provenía de los hogares, situación que representa una falta de protección financiera contra los riesgos para la salud. En el 2012, dos de cada tres pacientes pobres no consultaban por razones financieras.

En el 2016 se registraron 23 344 profesionales de la salud. Por cada 10 000 habitantes, hay 1,4 médicos y 1,8 enfermeras en el sector público, y 1,0 médico y 2,1 enfermeras en el sector privado. La disponibilidad de estos profesionales es desigual entre los departamentos del país.

LOGROS, DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS

Desde 1990, el país ha logrado avances en la situación de salud, entre los que destaca la reducción de mortalidad materna e infantil y el aumento en la cobertura de vacunas.

Entre los principales desafíos destacan abordar la vulnerabilidad del medio ambiente físico y humano, el acceso a servicios de salud de calidad, la prevención y el control de las enfermedades crónicas no transmisibles y la capacidad de respuesta del sector de la salud frente a los desastres y las emergencias sanitarias.

El Ministerio de Salud ha elaborado el plan maestro de salud para guiar la gestión de los servicios de salud en todas las zonas del país.

Los recursos humanos para la salud siguen siendo un importante reto para Haití; el país no tiene ninguna política de recursos humanos para la salud.

Con la creación del Sistema Nacional Único de Información sobre Salud, el Ministerio de Salud está trabajando para armonizar la producción de datos, mantener información fidedigna e integral acerca del estado de salud de la población y satisfacer las necesidades de información de los asociados.

Es necesario establecer cuáles son las intervenciones prioritarias más eficientes y eficaces, considerando la capacidad real del país en el financiamiento y la aplicación de las estrategias identificadas, con una mejor coordinación de las intervenciones.

Debe aumentarse la asignación de fondos del presupuesto nacional al sector de la salud, para asegurar la sostenibilidad de los programas y el efectivo desarrollo de estrategias de protección social.

PUNTOS ADICIONALES

Después del terremoto del 2010, el Ministerio de Salud desarrolló un modelo renovado de organización comunitaria del cuidado de la salud, con el objetivo de aumentar el acceso a la salud. Su organización se basa en la estrategia de atención primaria y en una red integrada de servicios de salud. Este modelo se implementó como proyecto piloto en la comunidad de Carrefour.

Bajo una perspectiva operacional, las instituciones sanitarias de primer nivel se coordinaron en red, se constituyó un comité municipal de salud, y se reclutó y formó a trabajadores comunitarios polivalentes. Luego fueron introducidos en la comunidad con la responsabilidad de actuar sobre un territorio y una población objetivo bien definida.

Un equipo de salud familiar, formado por un médico y dos enfermeras, ha asegurado la planificación y supervisión de las actividades de los trabajadores comunitarios. Estas consisten en la identificación y el censo preciso de la población bajo su responsabilidad, visitas domiciliarias, actividades de prevención y promoción de la salud y el trabajo semanal en la red de instituciones de salud.

Los efectos positivos de la experiencia de aplicar este modelo en Carrefour evidencian una marcada mejoría en la cobertura de inmunización de los niños menores de 1 año, el aumento de las consultas de planificación familiar y la atención institucional del parto. En consecuencia, el Ministerio está expandiendo el modelo a otros municipios del país.



HONDURAS

INDICADORES BÁSICOS SELECCIONADOS

1990-2015

	Valor 1990	Valor y año	Variación (%)
Ingreso nacional bruto, paridad de poder adquisitivo (PPA, US$ per cápita)	...	4 570 (2014)	...
Índice de desarrollo humano	0,507	0,606 (2013)	19,6
Promedio de años de escolaridad	3,5	6,2 (2014)	76,3
Población que usa instalaciones de agua potable mejoradas (%)	73,0	91,0 (2015)	24,7
Población que usa instalaciones de saneamiento mejoradas (%)	48,0	83,0 (2015)	72,9
Esperanza de vida al nacer (años)	66,7	73,5 (2014)	10,2
Mortalidad infantil (por 1 000 nacidos vivos)	45,7	24,0 (2013)	-47,5
Mortalidad materna (por 100 000 nacidos vivos)	...	74,0 (2013)	...
Incidencia de tuberculosis (por 100 000 habitantes)	114,0	35,4 (2013)	-68,9
Mortalidad por tuberculosis (por 100 000 habitantes)	6,4	2,9 (2013)	-54,7
Cobertura de inmunización contra el sarampión (%)	90,0	98,0 (2015)	8,9
Cobertura de atención del parto por personal cualificado (%)	...	72,0 (2015)	...



Población en 1990 (millones)	4,9
Población en el 2016 (millones)	8,2
Variación (%)	64,7



Honduras está ubicado en América Central. Limita con El Salvador, Nicaragua, Guatemala y los océanos Atlántico y Pacífico. Se divide políticamente en 18 departamentos y 298 municipios. La población indígena y afrodescendiente es 8,6% de la población, con nueve pueblos originarios en el territorio.

En el 2016 tenia una población estimada de 8 189 501 habitantes. Entre 1990 y el 2015, la población creció en 64,7%, alcanzando 8,1 millones de habitantes en el 2015 y 8,2 millones en el 2016.

En 1990 tenía una estructura expansiva, pero ha adquirido una tendencia regresiva en los menores de 20 años, lo que se relaciona con una disminución de las tasas de fecundidad y mortalidad en las últimas dos décadas.

La esperanza de vida al nacer en el 2014 era de 73,5 años.

El producto interno bruto (PIB) per cápita era de US$ 2 495 en el 2015 y la economía está en proceso de convertirse de una economía que es principalmente agrícola a otra industrial. Esta última actividad ya representa 20% del PIB.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Los altos niveles de desigualdad de ingresos se reflejan en un índice de Gini de 0,54 en el 2013. En el 2012, uno de cada cinco habitantes vivía con menos de US$ 1,90 al día, y en 2013 65% de los hogares vivía bajo la línea de pobreza y 43% bajo la pobreza extrema. En el 2014, la población económicamente activa era de 44,0% y 5,3% de la población activa estaba desocupada.

En 88% de la población mayor de 15 años se registraba un promedio de escolaridad de 7,5 años, aunque la cobertura del nivel de educación secundaria no llegaba a 30%.

Alrededor de un millón de hogares dependen del uso de leña para cocinar y tener calefacción, lo que representa un riesgo de mayor contaminación ambiental. En el 2015, la cobertura de acceso al agua potable alcanzó a 91,2% de la población, mientras que la cobertura de acceso a saneamiento básico fue de 82,6%.

Para el 2010, el nivel de recolección domiciliaria de residuos alcanzó 64%; sin embargo, la mayoría de las municipalidades cuenta con botaderos que contaminan el suelo, el aire y el agua.

Los adultos mayores son de gran vulnerabilidad, debido a que tienden a padecer peores condiciones sociales y sanitarias. Alrededor de 46,6% de ellos no contaba con ningún nivel de escolaridad y 79,7% no tenía cobertura de seguridad social. Del grupo de entre 60 y 69 años de edad, 44,5% vive bajo el umbral de pobreza extrema, lo que alcanza a 51,2% en el grupo de 70 a 79 años.

Destaca la formulación de la ley Visión de País 2010-2038, cuyo objetivo principal es la búsqueda de mayor solidaridad y equidad entre los habitantes del país, incluyendo la equidad de género como eje transversal.

SITUACIÓN DE LA SALUD Y DEL SISTEMA DE SALUD

En el 2013, la tasa de la mortalidad materna reportada fue de 74 muertes por 100 000 nacidos vivos. La cobertura del parto institucional fue de 83%.

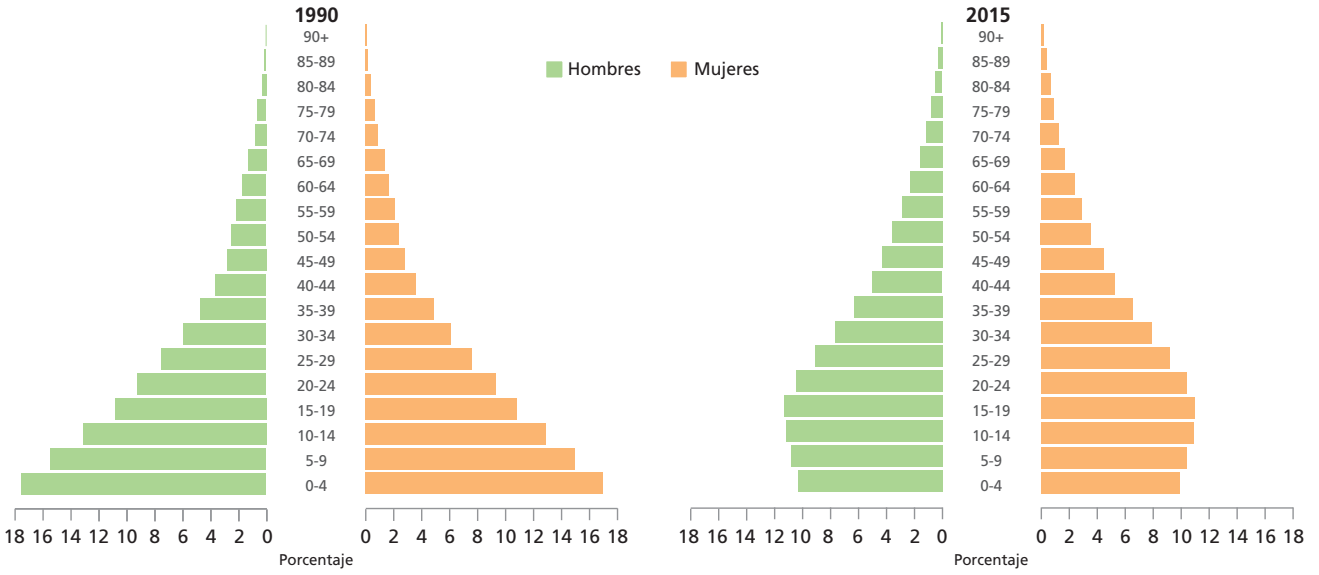
En el período 2007-2012, la tasa de mortalidad infantil fue de 24 muertes por 1 000 nacidos vivos. Las causas principales fueron las afecciones perinatales, las malformaciones congénitas, la neumonía, la diarrea y la desnutrición infantil. La tasa de mortalidad en el grupo de menores de 5 años fue de 29 muertes por 1 000 nacidos vivos.

En el 2015, la cobertura de vacunación en la población nacional menor de 1 año alcanzó a 100% para la tuberculosis, 99% para la poliomielitis, 100% para el rotavirus, 99% para la pentavalente y 99% para la neumocócica conjugada. En la población de 12 a 23 meses, la cobertura de vacunación contra el sarampión fue de 98%.

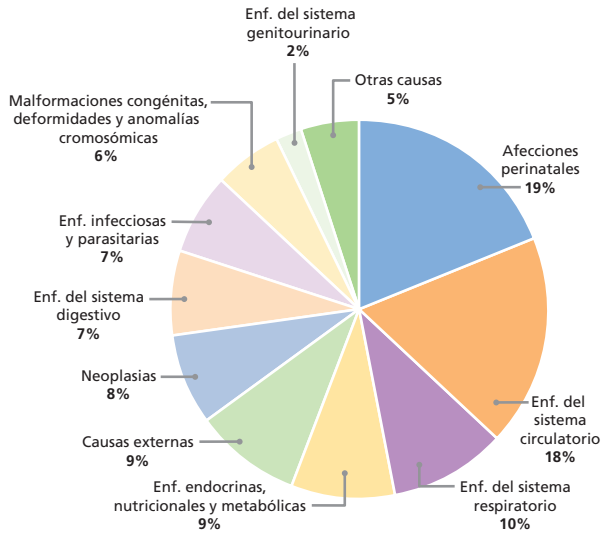
En el 2013, las afecciones perinatales causaron 19% de las muertes, 18% fueron causadas por enfermedades del sistema circulatorio y 10%, por las del sistema respiratorio.

La prevalencia de discapacidad en la población fue de 4,4% en mayores de 10 años el año 2012. En el período 2013-2014, 6,4% de las discapacidades fue severa.

Estructura de la población según edad y sexo, Honduras, 1990 y 2015



Mortalidad proporcional (% defunciones totales, todas las edades, ambos sexos), 2013



El dengue es endémico y en el 2010 se dio el mayor brote de los últimos 10 años. En el 2014, se introdujo el virus chikunguña, ocasionando una epidemia que llegó a registrar 1 057 casos por 100 000 habitantes en el 2015. A finales de ese mismo año se introdujo el virus del Zika en el país.

Durante la última década, el país logró disminuir significativamente la transmisión de la malaria. Sin embargo, en el 2015 se notificaron 921 casos, es decir, un aumento de 56% respecto al año anterior.

En el 2015, se notificaron 2060 casos de leishmaniasis. En el 2014, se informó de 48 casos de enfermedad de Chagas por *Trypanosoma cruzi* en menores de 15 años y de 58 casos en la población de 15 años y más edad.

En el 2015, se estimaba una prevalencia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) de 0,4% para el grupo de entre 15 y 49 años, transmitido sobre todo por contacto heterosexual. Se registraron 32 casos de tuberculosis por 100 000 habitantes.

La prevalencia de diabetes mellitus en población adulta es de 7,4% y la de hipertensión arterial, de 22,6%.

En el 2015, los accidentes de tránsito provocaron 15,5 muertes por 100 000 habitantes, que en 24,9% de los casos eran personas de 20 a 29 años.

En el 2010, el consumo total de alcohol per cápita fue de 4 litros.

En el período 2011-2012, la prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años fue de 23%, y era mayor en hijos de madres sin escolaridad y en los hogares en situación de pobreza. De la población mayor de 20 años, 34% tiene sobrepeso y 21%, obesidad, mientras que en los adolescentes de 13 a 15 años, 18,7% presenta sobrepeso y 5,4%, obesidad.

El sistema de salud está formado por un sector público y uno privado. El primero incluye la Secretaría de Salud y el Instituto Hondureño de Seguridad Social.

La Secretaria de Salud ofrece servicios a toda la población a través de sus propias instalaciones y con su personal de médicos y enfermeras, pero se estima que solo entre 50% y 60% de los habitantes usa regularmente estos servicios. El Instituto Hondureño de Seguridad Social cubre a 40% de la población económicamente activa que está empleada y a sus dependientes, ya sea a través de sus propios centros o bien mediante servicios contratados.

El sector privado atiende entre 10% y 15% de la población que tiene capacidad de pago o bien a quienes tienen aseguramiento privado. Se calcula que alrededor de 17% de la población no cuenta con acceso regular a los servicios de salud.

En el 2014, el gasto total en salud per cápita fue de US$ 212, correspondiente a 8,72% del PIB. El gasto público, considerando tanto al sector de la Secretaría de Salud como del Instituto Hondureño de Seguridad Social, fue 4,4% del PIB. El gasto de bolsillo representó 50% del gasto total en salud.

El Modelo Nacional de Salud se aprobó en el 2013 y se basa principalmente en la atención primaria de salud. Ese año se creó la Dirección General de Desarrollo del Recurso Humano, responsable de conducir el proceso de desarrollo de los trabajadores de la salud.

En el 2013, se disponía de 10,0 médicos, 3,8 enfermeras y 0,3 dentistas por cada 1 000 habitantes.

En el 2015, la gestión descentralizada de los servicios de salud llegó a 82 municipios en 15 departamentos del país, cubriendo a una población de 1 337 874 habitantes.

El Modelo Nacional de Salud, que prioriza la atención primaria, ha orientado la implementación de 500 equipos de atención primaria para zonas rurales y remotas del país. Los equipos están compuestos por un médico, una enfermera y un promotor de salud, y priorizan la atención a comunidades en extrema pobreza, vulnerabilidad ambiental y situación de violencia. A mediados del 2015 ya había 367 equipos en operación que habían atendido a 1,4 millones de personas, promoviendo mejoras cualitativas en actitudes y hábitos.

En el 2014, la Secretaría de Salud creó la Unidad de Gestión de la Información, cuya función es garantizar información válida, oportuna y apropiada para la planificación, organización, dirección, control y evaluación en la salud. Los 28 hospitales del país cuentan con un sistema de información desde el 2016.

LOGROS, DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS

Hasta el año 2015, no existía una ley que definiera legalmente el modelo de atención sanitaria nacional ni los mecanismos necesarios para su regulación. Ese año, el Congreso Nacional aprobó la Ley Marco de Protección Social, que establece una nueva modalidad de protección social. Esta busca lograr un sistema unificado y universal de aseguramiento público de la salud, donde puedan coexistir en forma coordinada las prestaciones y los servicios de los pilares tanto contributivo como subsidiado.

El nuevo modelo busca un pluralismo de los diversos sectores y entidades participantes, con clara separación de funciones del sistema. Ello requiere contar con una nueva estructura organizativa de la Secretaría de Salud mejorada que fortalezca su rol rector, la creación de una superintendencia de salud y la asignación al Instituto Hondureño de Seguridad Social del rol de asegurador del Sistema Nacional de Salud.

Una aplicación más efectiva del modelo requiere también mejorar aún más la gestión de los servicios públicos de salud y el mayor desarrollo de los recursos humanos.

Se está procurando impulsar y mejorar las alianzas multisectoriales y la generación de evidencia para aplicar el enfoque de salud en todas las políticas, y en particular en lo que respecta a las enfermedades no transmisibles y a las lesiones por causas externas. También se considera pertinente y necesario el mayor desarrollo de capacidades y competencias nacionales para medir la equidad y las desigualdades en la salud, así como para aplicar de un modo efectivo los enfoques de derechos humanos, igualdad de género y etnicidad.

El Gobierno ha identificado un conjunto de desafíos sanitarios: i) reestructurar la Secretaría de Salud para fortalecer su rol rector e implementar la separación de funciones; ii) implementar el Sistema de Monitoreo y Evaluación de la Gestión por Resultados, fortaleciendo así el Sistema Integrado de Información en Salud; iii) desarrollar políticas públicas que promuevan modos y estilos de vida saludables; iv) implementar el Reglamento Sanitario Internacional; v) vigilar el cumplimiento del Convenio Marco para el Control del Tabaco; vi) readecuar la infraestructura para el funcionamiento idóneo de la red de servicios de salud; vii) realizar investigaciones en poblaciones indígenas y afrodescendientes, que arrojen información para intervenciones basadas en la evidencia; viii) incorporar talento humano en cantidad, calidad y pertinencia, especialmente para fortalecer el primer nivel de atención y asegurar la continuidad del modelo, y ix) fortalecer las acciones de calidad de atención y seguridad del paciente en los establecimientos.

PUNTOS ADICIONALES

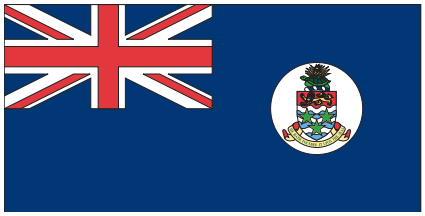
Entre las políticas desarrolladas en el último quinquenio, destacan aquellas que buscan impactar en los determinantes de la salud y la equidad.

La Visión de País 2010-2038 contempla metas que se deben alcanzar progresivamente en los próximos períodos legislativos respecto al logro de mayor equidad, incluyendo la solidaridad y la equidad como criterios para la intervención estatal en los sectores sociales, como el de la salud. Las metas incluyen el acceso igualitario a servicios de calidad en materia de educación, salud, formación profesional, seguridad social y servicios básicos.

El Plan Estratégico de Gobierno 2014-2018 establece objetivos que buscan mejorar el empleo y reducir la pobreza, estabilizar la situación económica nacional, fortalecer la infraestructura y el desarrollo logístico del país, fortalecer la gobernabilidad democrática y proteger la seguridad de los ciudadanos.

En ese marco, el Gobierno constituyó el Programa Vida Mejor para proteger a la población en extrema pobreza mediante los proyectos Vivienda Saludable, Generación de Empleo y Oportunidades, Desarrollemos Honduras y Bono Vida Mejor, que en el 2015 beneficiaron a 150 000 personas mediante transferencias monetarias condicionadas y el mejoramiento de sus viviendas.

La política ambiental del país está en proceso de actualización, y se cuenta con un marco normativo ambiental que incluye políticas sobre el sector del agua potable y el saneamiento, la gestión racional de los productos químicos y la ley de cambio climático, que se vincula con la Estrategia Nacional de Cambio Climático del 2010.



ISLAS CAIMÁN

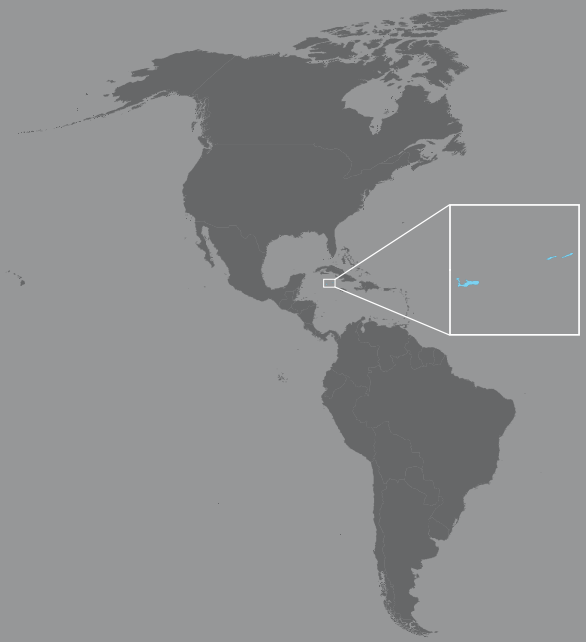
INDICADORES BÁSICOS SELECCIONADOS

1990-2015

	Valor 1990	Valor y año	Variación (%)
Ingreso nacional bruto, paridad de poder adquisitivo (PPA, US$ per cápita)	...	...	...
Índice de desarrollo humano	...	...	...
Promedio de años de escolaridad	...	**13,4** (2014)	...
Población que usa instalaciones de agua potable mejoradas (%)	**92,0**	**97,0** (2015)	**5,4**
Población que usa instalaciones de saneamiento mejoradas (%)	**96,0**	**96,0** (2015)	**0,0**
Esperanza de vida al nacer (años)	...	**81,2** (2013)	...
Mortalidad infantil (por 1 000 nacidos vivos)	...	...	...
Mortalidad materna (por 100 000 nacidos vivos)	...	...	...
Incidencia de tuberculosis (por 100 000 habitantes)	**9,2**	...	...
Mortalidad por tuberculosis (por 100 000 habitantes)	**4,0**	...	...
Cobertura de inmunización contra el sarampión (%)	...	**81,0** (2015)	...
Cobertura de atención del parto por personal cualificado (%)	...	**99,7** (2015)	...



Población en 1990 (miles)	**26,4**
Población en el 2015 (miles)	**60,4**
Variación (%)	**129,2**



Las Islas Caimán conforman un territorio británico de ultramar constituido por tres islas: Gran Caimán, Caimán Brac y Pequeño Caimán. Se encuentra en la zona occidental del mar Caribe, unos 240 km al sur de Cuba y 270 km al noroeste de Jamaica. George Town, la capital, se encuentra en Gran Caimán, que es la isla más grande y más poblada.

En el 2015, la población era de 60 413 habitantes, de los que 56,7% eran originarios de las islas. La tasa bruta de natalidad fue de 11,0 nacidos vivos por 1 000 habitantes. Entre 1990 y el 2015, la población aumentó en 129,2%. En 1990 su estructura mostraba un componente superior expansivo y uno estacionario en los menores de 35 años. En el 2015, la estructura era esencialmente estacionaria, con mayor amplitud en los grupos en edad laboral.

Las principales industrias son los servicios financieros, el turismo y la compraventa y la construcción de propiedades inmobiliarias. No hay impuestos directos. El producto interno bruto (PIB) per cápita nominal en el 2015 fue de US$ 57 298. El fomento económico se busca por diversas intervenciones e iniciativas políticas que incluyen el apoyo a las pequeñas empresas, lograr una mayor diversificación económica y mayores oportunidades de empleo.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Con el trasfondo de la reactivación económica, los indicadores del mercado laboral siguieron mejorando en el 2015, a la par que continuó reduciéndose el desempleo. La tasa de desempleo se redujo de 7,9% en el 2014 a 6,2% en el 2015.

En el 2015, el producto interno bruto (PIB) aumentó cerca de 2,0%, una cifra inferior al crecimiento del 2,4% del 2014, pero superior al promedio del 1,6% que se registró entre el 2010 y el 2014.

El Gobierno proporciona educación gratuita primaria y secundaria.

En el 2015, 97% de los hogares tenían acceso a fuentes mejoradas de abastecimiento de agua, de los cuales 91% disponía de agua corriente y 6% se abastecía mediante otros métodos mejorados. El abastecimiento tradicional de agua de pozos y cisternas ha sido reemplazado por agua corriente desalinizada, tanto en Gran Caimán como en Caimán Brac.

La cobertura de los servicios mejorados de saneamiento era del 96%. Además, funcionan tres vertederos que, en abril del 2011, gestionaban un total de aproximadamente 69 011 toneladas de desechos.

El territorio es particularmente vulnerable al aumento del nivel del mar y a intensos huracanes.

Las Islas Caimán cuentan con un pequeño sector agrícola. La mayoría de los alimentos se importan desde América del Norte, Jamaica y el Reino Unido.

Como porcentaje del presupuesto total del Gobierno, el gasto en atención de salud aumentó del 23% en el 2011 a más del 25% en el 2015.

En el 2011, las Islas Caimán promulgaron una ley de igualdad de género, que prohíbe la discriminación en el trabajo y ámbitos afines, y sirve como ley habilitante para defender en las islas los principios de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.

SITUACIÓN DE LA SALUD Y DEL SISTEMA DE SALUD

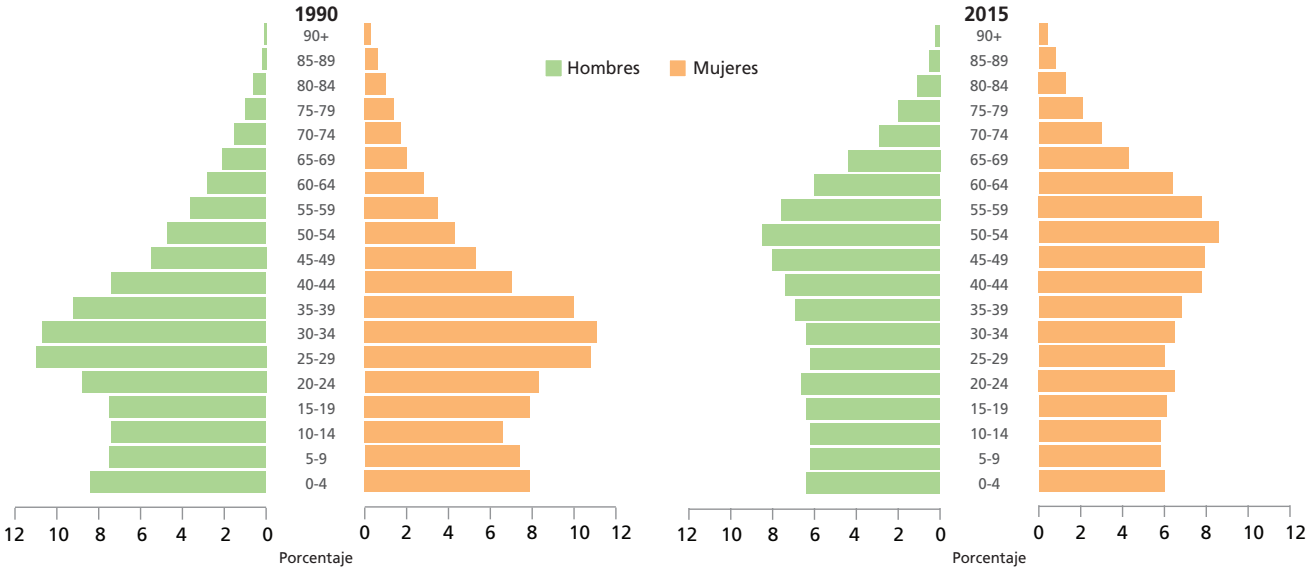
En el 2015 no se notificaron defunciones maternas; ese año, la cobertura de atención prenatal con parteras capacitadas (más de cuatro consultas) fue del 98,8%, en tanto que 99,7% de los partos se produjeron en el entorno hospitalario.

En el 2015 no se registraron muertes de menores de 1 año. En el 2014, la tasa de mortalidad infantil fue de 4,2 muertes por 1 000 nacidos vivos, correspondientes al período neonatal.

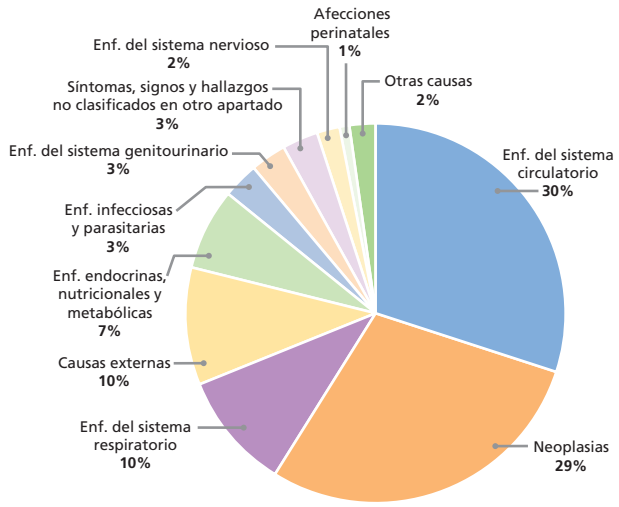
En el 2015 se registraron 170 muertes en las Islas Caimán, para una tasa bruta de mortalidad de 2,9 muertes por 1 000 habitantes. La mayoría corresponden al grupo de entre 80 y 89 años. Las enfermedades del aparato circulatorio causaron 30% de todas las muertes en el 2013.

Desde que en 1985 se notificara el primer caso de sida en las Islas Caimán, en noviembre del 2014 se habían comunicado 145 infecciones por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), 74 personas habían contraído sida y 46 habían fallecido; actualmente hay 67 personas con infección por el VIH. Se está en el proceso de verificar y documentar la eliminación de la transmisión madre a hijo del VIH y la sífilis congénita.

Estructura de la población según edad y sexo, Islas Caimán, 1990 y 2015



Mortalidad proporcional (% defunciones totales, todas las edades, ambos sexos), 2013



En el 2015 no se reportaron casos de hepatitis B y se notificaron 34 casos de varicela y 287 de conjuntivitis. Las vacunas infantiles se administran en forma gratuita a todos los residentes.

En el 2014 no se notificaron casos de tuberculosis, pero en el 2015 hubo 7 casos (1 local y 6 importados). En el 2013 hubo 2 casos importados de malaria, mientras que en el 2014 no se detectó ninguno y en el 2015 hubo 5 casos importados.

En junio del 2014, se confirmó el primer caso de virus chikunguña en las Islas Caimán. En el 2014 hubo 44 casos (28 importados y 16 locales), y 6 en el 2015 (todos importados). En noviembre del 2016 se confirmaron un total de 30 casos de infecciones del virus del Zika, del los que 20 fueron locales y 10 importados.

En el 2014 se notificaron 5 818 casos de síndromes gripales y en el 2015, 5 955 casos.

En el 2012, los resultados de una encuesta indicaron que, según la clasificación por el índice de masa corporal, 36,6% de los encuestados eran obesos y 70,6% tenían sobrepeso. Por otro lado, 15,8% tenían hipertensión (tensión arterial de 140 mmHg o más) y no estaban medicándose para tratarla. De los encuestados, 42,9% reportaba tener tres o más factores de riesgo para enfermedades no transmisibles.

El 34% de los encuestados presentaban un nivel bajo de actividad física; había más hombres activos que mujeres y los jóvenes eran más activos que los mayores.

El Ministerio de Salud y Cultura es el principal responsable de establecer políticas y programas de salud y de prestar los servicios de salud por medio de sus diversas dependencias y organismos. La autoridad de servicios de salud es el único prestador público de servicios de salud de nivel primario, secundario y terciario.

Esta red asistencial está integrada por el Cayman Islands Hospital, que está ubicado en Gran Caimán y dispone de 124 camas, el Faith Hospital en Caimán Brac, de 18 camas, los servicios de atención primaria y salud pública prestados en el Faith Hospital de Caimán Brac, cinco dispensarios distritales en Gran Caimán, un dispensario distrital en Pequeño Caimán y los consultorios de salud escolar.

El Cayman Islands Hospital y el Faith Hospital ofrecen hospitalización y consultas ambulatorias, incluidas algunas especialidades. Hay dos hospitales privados en las Islas Caimán: el Chrissie Tomlinson Memorial Hospital y el Health City Cayman Islands. El primero está en funcionamiento desde el 2000, cuenta con 18 camas de tipo médico-quirúrgico y se especializa en cirugía. Ofrece servicios de diagnóstico y de imágenes, de práctica familiar y de atención médica pediátrica.

El Health City Cayman Islands es un hospital de atención terciaria que funciona desde el 2014. Está especializado en casos crónicos y agudos cardíacos, ortopédicos, bariátricos, neurológicos y pediátricos. Se encuentra en Gran Caimán y está diseñado para ofrecer calidad y ser asequible a la atención de la salud a los pacientes en el territorio y a los que viajan desde el extranjero.

La ley de seguro de salud, revisada en el 2013, obliga a todos los residentes de las Islas Caimán a tener contratada una póliza de seguro médico. Las empresas están obligadas a proporcionar un plan estándar de cobertura médica, que comprende una serie de prestaciones mínimas requeridas, a los trabajadores y a sus familiares dependientes que residan en las islas, y los trabajadores aportan como máximo 50% del costo.

Los trabajadores autónomos deben contratar un seguro que los cubra tanto a ellos como a las personas a su cargo. Los seguros de salud deben contratarse con una de las nueve aseguradoras autorizadas.

La Cayman Islands National Insurance Company (CINICO) es una aseguradora estatal que se constituyó en el 2004 para proporcionar cobertura de salud a los funcionarios públicos, los pensionados, los marinos, los veteranos de guerra y sus familiares dependientes.

Además, la CINICO brinda cobertura a los indigentes, las personas mayores y las personas que no pueden contratar un seguro privado, e igualmente proporciona cobertura para algunos organismos de la Administración y empresas públicas.

En el 2015, la fuerza laboral sanitaria de las Islas Caimán comprendía 330 facultativos (5,5 por 1 000 habitantes), 442 enfermeras (7,3), 48 odontólogos (0,8) y 494 profesionales de la salud registrados y con licencia para ejercer como fisioterapeutas, ergoterapeutas, psicólogos y farmacéuticos, entre otros.

El 56% de los profesionales de la medicina trabajan en el sector privado. El crecimiento del turismo médico ha comportado un incremento del personal de salud en los últimos cuatro años.

Hay un uso limitado de las tecnologías de la información y la comunicación y las redes sociales para la colaboración virtual con otros sectores y departamentos y para aumentar el alcance de los esfuerzos de cooperación técnica. Los sistemas de información del sector privado no están integrados con el sistema público.

El plan estratégico de la autoridad de servicios de salud de las Islas Caimán para el período 2010-2018 hace hincapié en el acceso a una atención de calidad, lo cual comprende la mejora del acceso a la atención primaria y el fortalecimiento de la salud en la comunidad por medio de una red de personas sin formación especializada.

LOGROS, DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS

Las Islas Caimán siempre han apoyado el concepto de que la salud es un elemento importante del desarrollo sostenible y han hecho grandes progresos, con la mejora de la calidad de la asistencia sanitaria para sus habitantes.

El financiamiento de la atención de salud sigue siendo un reto, ya que, aunque se exige que todos los residentes dispongan de seguro de salud, los costos sanitarios no dejan de aumentar. Es preciso abordar dicha situación de aumento de costos y articular un modelo de financiamiento sostenible para garantizar la viabilidad del sistema en el futuro.

En el 2017, el Ministerio de Salud comenzó a revisar la política nacional de salud y el plan estratégico del quinquenio 2012-2017, con miras a elaborar planes de acción para que posteriormente puedan llevarse a la práctica.

La política de salud mental, que estará terminada en el 2017, abordará las áreas prioritarias de actuación a fin de mejorar la salud y el bienestar de las personas que sufren enfermedades mentales. Está previsto que en el tercer trimestre del 2017 comience a edificarse un centro psiquiátrico residencial en el que pueda ingresarse a los enfermos crónicos.

Las principales dificultades para la atención psiquiátrica son la inexistencia de un centro residencial con capacidad de internamiento y la escasez de servicios ambulatorios para los niños, los adolescentes y los jóvenes.

La autoridad de servicios de salud ha creado un portal para el paciente cuyas funciones se ampliarán a fin de permitir la consulta de los diagnósticos y la concertación de las citas.

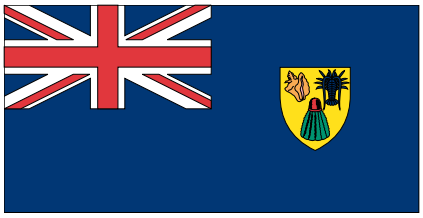
PUNTOS ADICIONALES

En el plan estratégico y política nacional de salud se describen la visión, los valores, las orientaciones estratégicas y los objetivos relativos a la salud y al sistema de salud, bajo el lema "salud y bienestar para todos en las Islas Caimán".

Las Islas Caimán están comprometidas a tener un sistema de salud que garantice el acceso a la atención de máxima calidad con costos sostenibles y asequibles para todos los residentes.

En el 2013 se revisó la ley de salud mental para mejorar la atención prestada a las personas con trastornos psiquiátricos graves o deficiencia mental. Además, ese mismo año se formó una comisión de salud mental para supervisar cuestiones relativas a la salud y el bienestar psíquicos, como la protección de los derechos de los pacientes, la ayuda y defensa de las personas que sufren enfermedades mentales y sus familias, y la educación general sobre la legislación relativa a la salud mental.

Las Islas Caimán han adoptado un plan de acción integral contra los efectos perjudiciales del cambio climático. En concreto, se ha redactado una política sobre el cambio climático para lograr una economía resistente al clima y con bajas emisiones de carbono, en la cual se aborda la vulnerabilidad de las islas del Caribe ante los desastres naturales causados por el cambio climático.

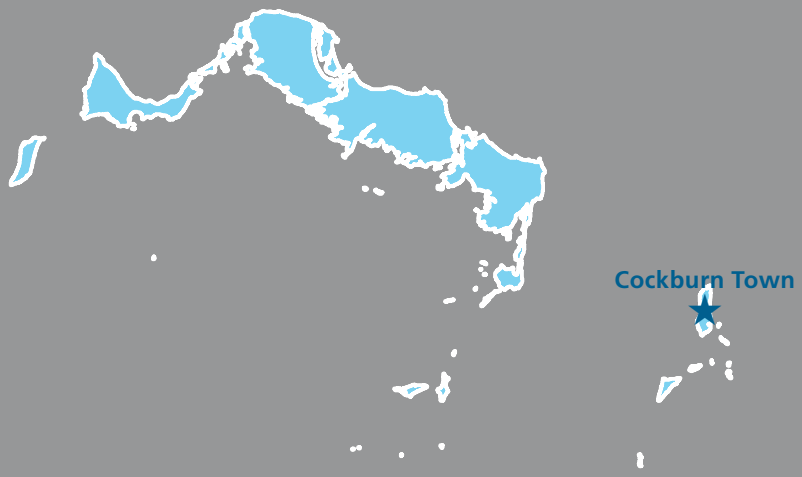


ISLAS TURCAS Y CAICOS

INDICADORES BÁSICOS SELECCIONADOS

1990-2015

	Valor 1990	Valor y año	Variación (%)
Ingreso nacional bruto, paridad de poder adquisitivo (PPA, US$ per cápita)	...	...	...
Índice de desarrollo humano	...	...	...
Promedio de años de escolaridad	...	...	...
Población que usa instalaciones de agua potable mejoradas (%)	87,0	87,0 (2015)	0,0
Población que usa instalaciones de saneamiento mejoradas (%)	81,0	81,0 (2015)	0,0
Esperanza de vida al nacer (años)	...	79,7 (2015)	...
Mortalidad infantil (por 1 000 nacidos vivos)	...	2,3 (2013)	...
Mortalidad materna (por 100 000 nacidos vivos)	...	...	...
Incidencia de tuberculosis (por 100 000 habitantes)	...	2,0 (2013)	...
Mortalidad por tuberculosis (por 100 000 habitantes)	...	3,5 (2013)	...
Cobertura de inmunización contra el sarampión (%)	...	95,0 (2015)	...
Cobertura de atención del parto por personal cualificado (%)	...	98,9 (2015)	...



Población en 1990 (miles)	**11,5**
Población en el 2012 (miles)	**31,4**
Variación (%)	**172,7**



Las Islas Turcas y Caicos es un territorio británico de ultramar ubicado al sureste de las Bahamas y constituido por un archipiélago de aproximadamente 40 islas y cayos, distribuidos en dos grupos (Islas Turcas e Islas Caicos) y abarcan una masa continental de 417 km².

En el 2012, su población era de 31 458 habitantes. La estructura de la población en 1990 tenía una tendencia expansiva y actualmente ha adquirido una mayor amplitud en los grupos de edad media, algo que está relacionado con la inmigración de adultos.

En el 2015, la esperanza de vida al nacer era de 76,9 años en hombres y 82.6 en mujeres.

El censo del 2012 mostró una migración interna considerable, de Caicos del Sur a Gran Turco, y de Caicos del Norte a Providenciales. Esta isla, que alberga a 75% de los residentes, registró un aumento poblacional de 82% entre el 2001 y el 2012.

La economía se basa principalmente en el sector turístico, los servicios financieros y la pesca, y está muy expuesta a las fluctuaciones económicas internacionales.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

En el 2012, la tasa de desempleo era de 17% (12% en los nacionales y 20% en los extranjeros). Cerca de 20% de la fuerza de trabajo trabajaba a tiempo parcial.

Ese año, la pobreza fue de 22% para la población y 16% para los hogares. Los nacionales alcanzaron una tasa de pobreza de 18% y eran 34% de la población pobre.

La alfabetización es de 98,0%. La educación primaria y secundaria son gratuitas y obligatorias para los niños de 5 a 16 años, con escuelas públicas y privadas. La educación superior se imparte a través del *Turks and Caicos Islands Community College*.

En el 2012, las condiciones de la vivienda en las Islas Turcas y Caicos eran en general buenas, ya que la gran mayoría de la población tenía acceso a electricidad, agua potable y saneamiento interno. Las viviendas con dos o más indicadores de deficiencia eran 10%.

Hay gran dependencia de los alimentos importados (más de 90% de los que se consumen), ya que el sector agrícola local representa menos de 1% del producto interno bruto (PIB), por la escasa disponibilidad de tierra cultivable (solo 2,3% del total del suelo terrestre) e insuficientes lluvias anuales.

En el período del 2015 al 2016 se registraron 352 casos de violencia doméstica.

En el 2011 se desarrolló una política que aporta un marco para el cambio climático. Se han fortalecido los sistemas nacionales de vigilancia de salud pública, en especial para las enfermedades relacionadas con el agua y los alimentos.

En el año 2012, 82% de los hogares tenían acceso a agua potable mediante instalaciones sanitarias en interiores (abastecimiento por tubería) y 67% a aguas pluviales recogidas en cisternas para uso personal. Más de 90% de la población usaba agua embotellada o filtrada para beber.

En el 2012, aproximadamente 16% de los hogares utilizaban letrinas de pozo o no disponían de instalaciones sanitarias. Las aguas residuales domésticas se recogen principalmente en fosas sépticas. Había 75 plantas de tratamiento de aguas residuales.

Desde el 2012, el ingreso de personas está aumentando de forma constante. Esta afluencia es facilitada en parte por la demanda para ocupar puestos de construcción y servicios en el sector turístico. Muchos inmigrantes indocumentados no se suscriben al seguro de salud y eso puede sobrecargar al sistema de prestación de atención.

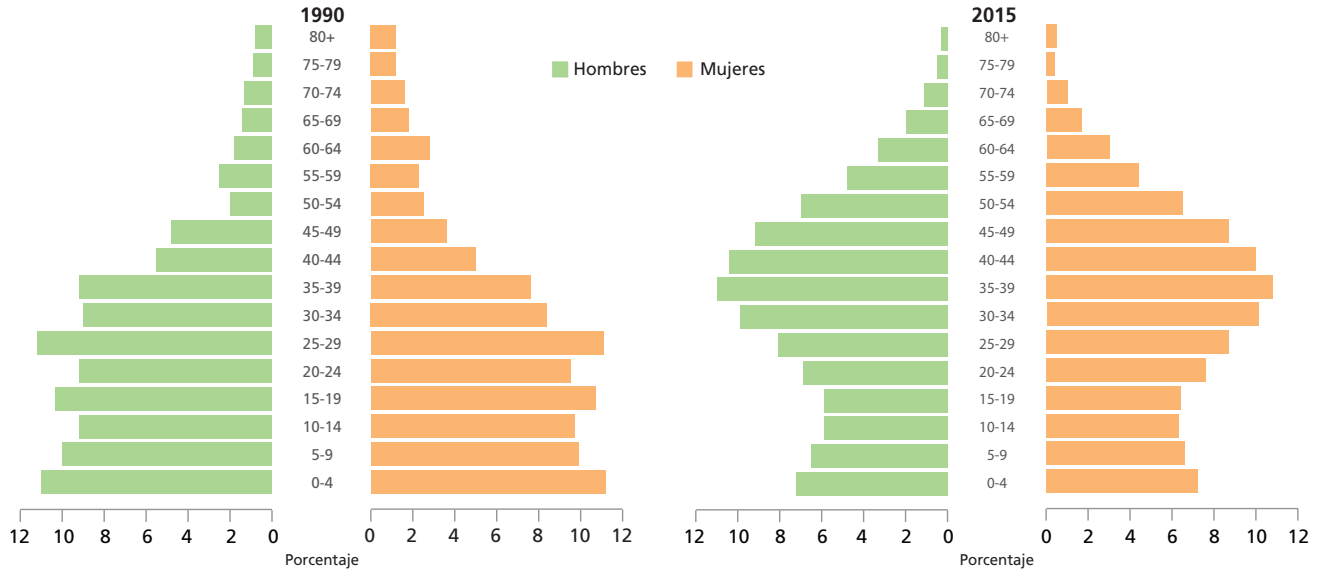
SITUACIÓN DE LA SALUD Y DEL SISTEMA DE SALUD

Dado el tamaño relativamente pequeño de la población, los indicadores de salud pueden mostrar amplias variaciones entre años consecutivos, e incluso pueden existir años en que no se registran eventos de importancia en salud pública.

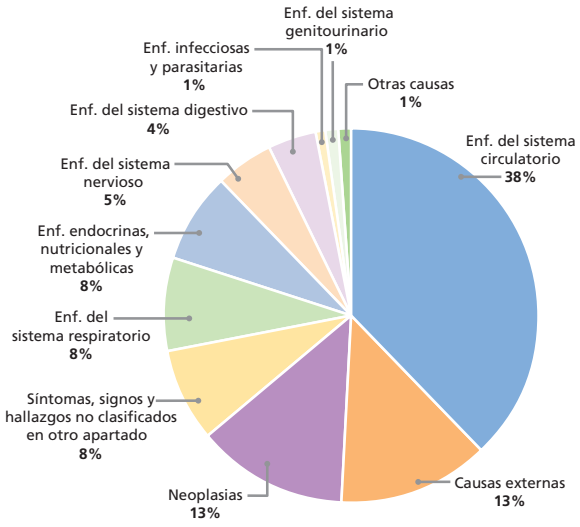
No se registraron muertes maternas entre el 2011 y el 2015. En ese período, ocurrieron entre una y dos muertes neonatales anuales. En el 2014 se produjo una muerte posneonatal.

En el año 2012, la cobertura de vacunación llegó a 80%. Se destaca el elevado nivel alcanzado en las vacunas pentavalentes (95,3%), la vacuna de la poliomielitis oral (95,3%) y la triple vírica (SPR1) (98,2%).

Estructura de la población según edad y sexo, Islas Turcas y Caicos, 1990 y 2015



Mortalidad proporcional (% defunciones totales, todas las edades, ambos sexos), 2014



En el 2013 hubo 53 muertes de personas mayores de 60 años, lo que representan 66,1% de las muertes de ese año.

En el 2014, se registraron 78 fallecimientos (26 en mujeres y 52 en hombres). Las principales causas de muerte fueron las enfermedades del sistema circulatorio (38%), las causas externas (13,0%) y las neoplasias (13%).

En el 2015, se registraron 9 354 visitas a los consultorios públicos de salud, que en 61,0% correspondieron a mujeres. La atención prenatal fue provista en 38,3% a mujeres haitianas, en mayor proporción que la atención a las mujeres nacionales (28,0%).

Durante el período del 2010 al 2016, las amenazas nuevas y emergentes de enfermedades transmitidas por vectores fueron el dengue, el virus chikunguña y el virus del Zika. Se han implementado prácticas integradas de manejo de vectores y otras medidas de salud pública para mitigar y responder a dichas amenazas.

Durante este período, el dengue se convirtió en endémico, con un mayor aumento de la incidencia después de las lluvias. El virus chikunguña se detectó por primera vez en junio del 2014 en viajeros, con posterior transmisión local. Hasta septiembre del 2016 se habían confirmado 26 casos.

La infección por virus del Zika se detectó por primera vez en junio del 2016 en viajeros, con la subsiguiente transmisión local. En septiembre del 2016 se habían confirmado ocho casos.

En el período 2009-2014, 119 personas dieron resultados positivos para el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), de los que 58,8% eran hombres y 41,2%, mujeres. Cuatro embarazadas resultaron seropositivas en el 2015.

Las enfermedades crónicas no transmisibles contribuyen sustancialmente a la morbilidad, la mortalidad y los costos de atención médica en las Islas Turcas y Caicos.

En el 2013, la mayoría de las muertes relacionadas con enfermedades no transmisibles incluyeron trastornos del sistema circulatorio, como las enfermedades del corazón, cerebrovasculares e hipertensivas (40%), neoplasias malignas (20%) y trastornos endocrinos, como la diabetes mellitus (11%).

En el 2015, se promulgó la Ordenanza de Control del Tabaco para proteger a la población y a los visitantes de los efectos nocivos del tabaco.

La Ordenanza sobre la Violencia Doméstica del 2014 brinda una mayor protección a las victimas de este tipo de violencia.

El sistema de salud cuenta con proveedores de servicios públicos y privados. La cobertura universal se ha logrado a través de la implementación en el 2010 del Plan nacional de seguro de salud (NHIP, por su sigla en inglés). Este es un programa de seguridad social que proporciona cobertura universal para la atención básica de salud a todos los residentes de manera gratuita en el lugar de atención.

La atención primaria de salud se presta en consultorios públicos de salud gestionados por el Gobierno y distribuidos por las islas, así como en consultorios privados que tienen médicos de atención primaria. El Ministerio de Salud gestiona ocho consultorios de atención primaria de salud: dos en Providenciales, dos en Caicos del Norte y uno en cada una de las siguientes islas: Gran Turco, Caicos del Sur, Caicos Central y Cayo Sal. Hay seis consultorios privados de atención primaria, todos ubicados en Providenciales.

El Gobierno contrató a Inter-Health Canada Limited en el 2008 para que gestionara el Hospital de las Islas Turcas y Caicos durante un período de 25 años.

Muchos pacientes siguen usando el Hospital de las Islas Turcas y Caicos como el primer punto de atención, en vez de utilizar el sistema de atención primaria.

El plan del sector de la salud Visión 2020 incluye una estrategia de renovación de la atención primaria de salud que tiene como objetivo reducir el uso de costosos servicios hospitalarios y mejorar el acceso a la atención primaria.

En el 2015, la disponibilidad de médicos, enfermeras y dentistas era de 18,7 y 57,1 y 1,8 profesionales por 10 000 habitantes, respectivamente.

En el período 2013-2014 se registraron 3 514 admisiones hospitalarias (18,2% en Gran Turco y 81,8% en Providenciales). Las mujeres representaron 64,0% de las hospitalizaciones.

En el 2013, 35 personas recibían diálisis renal en los dos centros ubicados en Gran Turco y Providenciales.

La mayoría de los medicamentos en las Islas Turcas y Caicos son subvencionados por el Gobierno a través del seguro y distribuidos a través de farmacias privadas. En el 2016 se elaboró una política farmacéutica nacional para garantizar un acceso equitativo a medicamentos eficaces y de calidad y con un costo asequible.

El seguro de salud incluye un programa de tratamiento en el extranjero que cubre los costos de la atención médica prestada cuando no está disponible dentro del territorio, incluidos los gastos de viaje y de subsistencia.

LOGROS, DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS

En el 2015, el Ministerio de Salud adoptó seis orientaciones estratégicas para abordar las brechas y desafíos en el período 2016-2020. Entre ellas se incluye el fortalecimiento de los recursos humanos; la prestación de servicios basada en los principios de atención primaria de salud; la capacidad de respuesta a las enfermedades o los padecimientos y programas prioritarios; la prestación de servicios de alta calidad; el aseguramiento de la asequibilidad financiera; y fortalecer la coordinación intersectorial.

Se ha elaborado el plan nacional de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y para la promoción de la salud en las Islas Turcas y Caicos, para el período 2016-2020. El marco rector de este plan considera enfoques de derechos humanos, equidad, liderazgo y administración del sector de la salud. También incluye la acción multisectorial y el empoderamiento de las personas y las comunidades.

En el 2013 se revisó la capacidad local para responder al cumplimiento del Reglamento Sanitario Internacional. A partir de dicha revisión se elaboró un plan de acción para abordar las deficiencias en legislación, en capacidad diagnóstica de laboratorio, en salud portuaria y en la vigilancia y capacidad para responder a incidentes químicos y radiológicos.

En el 2016, y en colaboración con el Organismo de Salud Pública del Caribe (CARPHA), se lanzó la iniciativa de salud y seguridad en el turismo. Incluye un programa multisectorial que trata de asegurar la salud y la seguridad de los turistas en reconocimiento de la importancia del sector turístico para la economía.

El programa también forma parte de una iniciativa en curso para mejorar la vigilancia de la salud pública.

PUNTOS ADICIONALES

Los tres desafíos prioritarios que se enfrentarán en los próximos años, se refieren a la salud de las poblaciones migrantes; las barreas de acceso a servicios de salud y el trabajo intersectorial, en especial en torno al tema de las enfermedades crónicas no transmisibles.

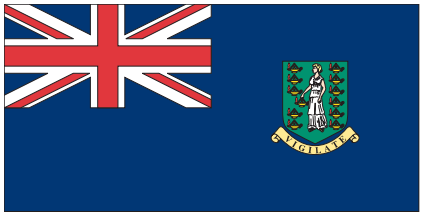
Entre las iniciativas para abordar estos desafíos destacan el plan de seguro nacional de salud, la búsqueda de acceso universal y la cobertura universal de salud, incluso para las poblaciones migrantes, y fortalecer el recurso humano para la salud que tiene como objetivo fortalecer la fuerza de trabajo de la atención de la salud y garantizar que la población tenga acceso a la atención adecuada en el nivel adecuado, centrándose en la atención primaria.

Los principales logros recientes en la legislación sanitaria en las Islas Turcas y Caicos incluyen la reestructuración del Ministerio de Salud y Servicios Humanos en el 2015, agregando la cartera del Departamento de Agricultura para destacar el impacto de este sector en la salud.

El Plan Sectorial de Salud de la Visión 2030 incluye una renovación de la atención primaria de salud orientada a reducir el uso de servicios hospitalarios caros y mejorar el acceso a la atención primaria.

En el 2016, la Ordenanza sobre Salud Mental garantiza el cumplimiento de las leyes internacionales de derechos humanos en esta materia. La Ordenanza de Control del Tabaco fue promulgada en el 2015.

La Ley de Regulación de la Salud, aprobada en el 2016, tiene como objetivo hacer cumplir las regulaciones del sector de la salud y los procedimientos operativos estándar para las instalaciones de salud y la calidad de la atención.



ISLAS VÍRGENES BRITÁNICAS

INDICADORES BÁSICOS SELECCIONADOS

1990-2015

	Valor 1990	Valor y año	Variación (%)
Ingreso nacional bruto, paridad de poder adquisitivo (PPA, US$ per cápita)	...	42 300 (2010)	...
Índice de desarrollo humano	...	...	...
Promedio de años de escolaridad	...	...	...
Población que usa instalaciones de agua potable mejoradas (%)	95,0	95,0 (2015)	0,0
Población que usa instalaciones de saneamiento mejoradas (%)	98,0	98,0 (2015)	0,0
Esperanza de vida al nacer (años)	...	79,8 (2015)	...
Mortalidad infantil (por 1 000 nacidos vivos)	...	11,3 (2015)	...
Mortalidad materna (por 100 000 nacidos vivos)	...	...	...
Incidencia de tuberculosis (por 100 000 habitantes)	17,0	...	...
Mortalidad por tuberculosis (por 100 000 habitantes)	...	4,1 (2013)	...
Cobertura de inmunización contra el sarampión (%)	...	100,0 (2015)	...
Cobertura de atención del parto por personal cualificado (%)	...	100,0 (2015)	...



Población en 1990 (miles)	16,3
Población en el 2015 (miles)	34,2
Variación (%)	110,4



Las Islas Vírgenes es un territorio de ultramar del Reino Unido, ubicadas en el sector noreste del Caribe. Están constituidas por unas 50 islas, cayos, formaciones rocosas e islotes, con una superficie de 59 millas cuadradas. Las islas más grandes son: Tórtola (21,5 millas cuadradas), Anegada (15,2), Virgen Gorda (8,5) y Jost Van Dyke (3,2). La población de 60 años o más de edad alcanzaba 13,3%.

En el 2015, su población era de 34 232 habitantes, 83% residía en Tortola y 14% en Virgen Gorda. Las personas nacidas en el extranjero representaban 60,3% de la población.

Entre 1990 y el 2015, la población adquirió una estructura regresiva con mayor concentración en grupos de edad media. En el 2015, la esperanza de vida era 79,8 años.

El ingreso nacional bruto anual per cápita fue de US$ 42 300 en el 2010. Su economía se basa en el turismo y los servicios financieros internacionales, que juntos representan más del 70% del producto interno burto (PIB).

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

En el 2010, el desempleo era 2,8%, siendo mayor entre los jóvenes de 15 a 29 años. En el 2003, 16% de los hogares y 22% de la población vivía bajo de la línea de pobreza. El tamaño promedio de los hogares era de 2,59 personas.

En el 2010, la tasa de alfabetización de 15 años de edad o más era 97,7%. La asistencia a la escuela es obligatoria entre los 5 y los 17 años de edad y la escuela pública es gratuita, incluyendo la educación superior. Hay 15 escuelas públicas primarias, cuatro escuelas públicas secundarias y una escuela técnica y vocacional que son públicas. También hay 10 escuelas primarias y tres secundarias privadas.

El 95% de la población tiene acceso a agua potable y similar proporción a sistemas de saneamiento adecuado. La legislación establece que todos los hogares tengan suministro de agua potable mediante sistemas de captación de agua de lluvia, a menos que el hogar tenga acceso a la rede municipal de suministro de agua.

El Ministerio de Salud monitorea la calidad del abastecimiento de agua. Hay distribución municipal de agua, derivada de la desalación de agua de mar, pero es limitada.

Los sistemas cloacales municipales recogen las aguas residuales de 2,6% de los edificios. El resto tiene sistemas sépticos. La gestión de los residuos sólidos es un problema crítico, por la escasa disponibilidad de suelos y condiciones para los vertederos. La eliminación de desechos se realiza principalmente a través de la incineración.

Por su condición de pequeño estado insular, se espera que haya consecuencias del cambio climático en aspectos como el aumento del nivel del mar, el régimen de precipitaciones y el aumento de la intensidad y la frecuencia de los huracanes.

Eso obliga a una mayor vigilancia de las costas, arrecifes y sistemas de drenaje y alcantarillado, así como al resguardo de la vida silvestre y la flora. También a una mayor prevención del impacto en la salud humana, especialmente de aquellas enfermedades transmitidas por vectores, y al resguardo de la seguridad alimentaria por el impacto en la agricultura.

La condición de los residentes de origen extranjero puede resultar un tema complejo, pues el territorio se rige por la Ley de Nacionalidad Británica y tiene repercusiones en el acceso a la atención, especialmente para quienes no hablan inglés y para las personas indocumentadas que no tendrán cobertura del Seguro Nacional de Salud y tienen que pagar por la atención de la salud.

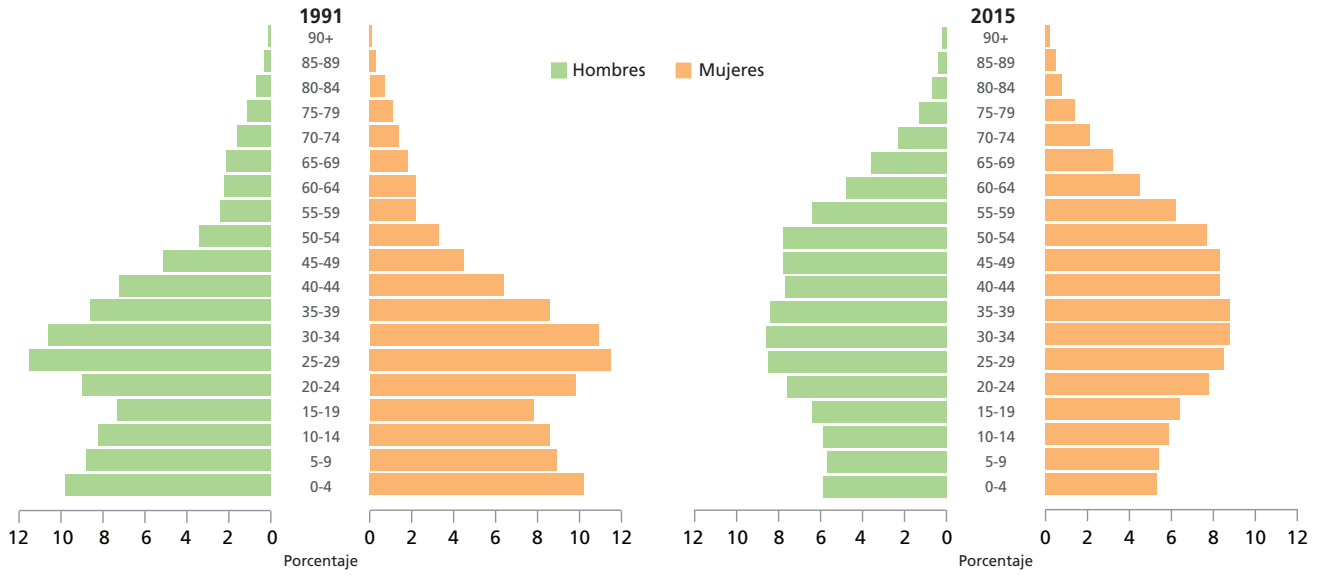
SITUACIÓN DE LA SALUD Y DEL SISTEMA DE SALUD

No se han registrado muertes maternas en el territorio en el último decenio y la cobertura del parto hospitalario es universal y todos están a cargo de parteras capacitadas.

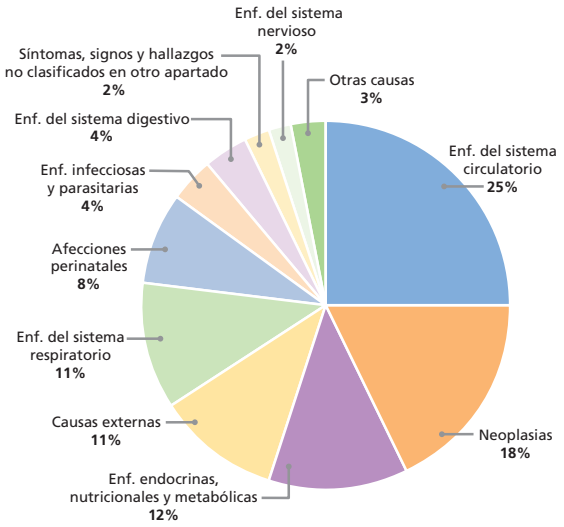
Por su pequeño tamaño de población, los indicadores entre años contiguos pueden tener gran variación. Entre el 2013 y el 2015, se registraron 835 nacimientos, con 8,7% de bajo peso al nacer. Entre el 2006 y el 2015, la mortalidad infantil fluctuó entre 26,7 y 11,3 muertes por 1 000 nacidos.

Las afecciones en el período perinatal y las anomalías congénitas fueron la principal causa de muerte en los menores de 5 años; las infecciones respiratorias agudas y la gastroenteritis son las principales causas de morbilidad en este grupo etario.

Estructura de la población según edad y sexo, Islas Virgenes Británicas, 1991 y 2015



Mortalidad proporcional (% defunciones totales, todas las edades, ambos sexos), 2010



En el 2015, la cobertura de vacunación para la primera dosis de la vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola (SPR) fue de 100% y 88% para la segunda dosis. El programa de vacunación del territorio prevé la administración de la vacuna contra la varicela a niños menores de 5 años. Salvo ocho casos de varicela ente el 2013 y el 2015, no se registraron otros casos de enfermedades prevenibles por vacunación.

La mayor necesidad de salud de las personas mayores de 65 años o más se relaciona con su alta prevalencia de enfermedades crónicas y con la falta de hogares estatales para ellos.

En el 2010, las enfermedades del sistema circulatorio causaron 25% de las defunciones y las neoplasias, 18%. En el 2014, entre las principales causas de muertes destacan la hipertensión (12,6%), las neoplasias (10,8%) y las enfermedades cardiovasculares (9,9%). Entre las muertes por enfermedades cardiovasculares, destacan la arteriosclerosis, la cardiopatía isquémica, la enfermedad coronaria, la enfermedad cardiovascular hipertensiva, el infarto de miocardio y la insuficiencia cardíaca congestiva.

Las principales muertes por neoplasias malignas incluyen los cánceres de próstata, mama, pulmón, estómago, útero y colon, y ocupaban el tercer lugar entre las causas de defunciones en el 2014. Las muertes por enfermedades del sistema respiratorio incluyen el edema pulmonar, el infarto pulmonar, la neumonía bacteriana y la enfermedad pulmonar obstructiva.

El registro de las infecciones por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) se inició en 1983; hasta el 2016, se habían reportado 127 casos de infección por el VIH/sida (69 hombres y 58 mujeres), con 40 defunciones relacionadas con el sida. No se notificaron casos de tuberculosis en el período 2013-2015.

En el 2009, una gran proporción de la población encuestada de 25 a 64 años tenía sobrepeso e hipertensión y 46% tenía tres o más factores de riesgo de enfermedad crónica.

El Ministerio de Salud y Desarrollo Social está aplicando una estrategia de 10 años para la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles, basada en un enfoque multisectorial.

El Ministerio también ha estado revisando y actualizando su marco legislativo para mejorar sus funciones de liderazgo y gobernanza. Se busca mejorar el acceso a la atención que proporciona el sistema de seguro nacional de salud y el fortalecimiento general de todo el sistema de salud.

Los servicios de salud se financian a través del Seguro Nacional de Salud, puesto en marcha en el 2016. Este seguro recibe contribuciones de los empleadores y los empleados además de la inversión directa gubernamental y el reembolso del Gobierno por la atención prestada en el sector público y privado.

Todos los residentes legales están obligados a participar en dicho seguro, que actúa como asegurador de salud primaria legal en el territorio. Cubre un conjunto o paquete de beneficios integrales que incluye beneficios médicos, dentales y de visión. Los copagos son 0% en las clínicas públicas, 5% en el hospital público, 10% en establecimientos integrados a la red y 20% en los centros fuera de la red.

La Autoridad de Servicios de Salud tiene la responsabilidad sobre los servicios de salud de las islas. Los servicios públicos de atención primaria de salud se brindan a través de 10 centros de salud y cuatro puestos de salud. La atención secundaria de salud pública se presta en el Hospital Peebles, que ofrece servicios en las principales especialidades médicas. Hay un sistema de salud privado bien desarrollado, que incluye un hospital privado.

La mayoría de los cuidados terciarios se presta en los Estados Unidos, Puerto Rico, el Reino Unido y en algunos sitios del Caribe.

Se cuenta con especialistas visitantes del Caribe de habla inglesa, de Puerto Rico y los Estados Unidos de América, para atender en instituciones públicas y privadas, en general con frecuencia mensual y según la demanda. Los servicios especializados prestados abarcan áreas como neurología, reumatología, urología, oftalmología y cirugía plástica.

El territorio no cuenta con servicios de formación de profesionales de salud y los nacionales deben estudiar en el extranjero. La mayoría de los trabajadores de la salud están empleados en el sector público.

En el 2015, se registraron 102 médicos, incluidos 88 que estaban en práctica activa, y 45 de ellos se desempeñaban en

el sector público. Se contaba con 13 dentistas activos, solo dos de ellos en el sector público. Existían 207 profesionales de enfermería registrados para ejercer, 162 de las cuales trabajaban en el sector público.

Los registros de salud electrónicos y otras formas de gestión electrónica de datos son usados por la mayoría de los proveedores asistenciales, aunque el uso de la información producida es limitado. Sin embargo, como la gestión de los datos del sector de la salud está fragmentada entre los diversos prestadores, se dificulta la adopción de decisiones basada en la evidencia.

Desde el 2011 funciona un sistema de información electrónica para administrar los datos del Registro Civil, para velar por los datos de nacimientos y defunciones. También hay otro sistema para para la notificación de enfermedades transmisibles. Todos los demás datos se notifican al Ministerio de Salud y Desarrollo Social en formularios impresos.

LOGROS, DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS

El establecimiento del Sistema de Seguro Nacional de Salud en el 2016 ha permitido brindar grandes avances de cobertura universal de salud y acceso a toda la población y reducir el impacto del precio como barrera de acceso, lo cual representa un avance significativo para alcanzar el objetivo hacia el acceso y la cobertura universal de la salud.

Para alcanzar el logro de ese objetivo, es necesario desarrollar una hoja de ruta donde se asuma la renovación de la atención primaria de salud y asegurar que se pueda disponer de recursos adicionales suficientes para abordar los determinantes sociales de la salud.

También se requiere disponer de recursos adicionales para una efectiva estrategia de acción sobre las enfermedades crónicas no transmisibles, así como desarrollar una política de cibersalud que incluya la promulgación de legislación que proteja el manejo de la información personal.

El territorio continúa bajo el riesgo de aquellas enfermedades endémicas transmitidas por vectores que afectan la salud y la productividad, con eventual impacto en el turismo.

Se espera que los gastos totales de salud aumenten en el corto plazo, a raíz del establecimiento del nuevo sistema, pero que luego se estabilicen, en la medida que se satisfaga la demanda insatisfecha de atención sanitaria en la población. Esto requerirá una vigilancia constante de las modificaciones al sistema y el gasto en salud, según sea necesario.

PUNTOS ADICIONALES

Las Islas Vírgenes Británicas abordan efectivamente el tema de la violencia doméstica, destacando políticas, leyes y programas establecidos.

El protocolo de violencia en el hogar fue aprobado por el Gabinete en noviembre del 2010.

La ley sobre violencia doméstica del 2011 amplía la definición de violencia doméstica para incluir el abuso de carácter económico, la intimidación, el acoso, el acecho y el daño y la destrucción de la propiedad, al tiempo que ofrece protección a las personas visitantes.

La Política y Plan Nacional de Género (2013) complementó el Protocolo de Violencia Doméstica del 2010.

La alianza para la paz es un programa psicoeducativo de 16 semanas para los hombres que exhiben conductas abusivas con las mujeres y que persigue la prevención de la violencia relacionada con la mujer.

En octubre del 2011, el Gabinete aprobó un programa de apoyo Posterior para aquellos hombres que han completado el programa alianza para la paz.



JAMAICA

INDICADORES BÁSICOS SELECCIONADOS

1990-2015

	Valor 1990	Valor y año	Variación (%)
Ingreso nacional bruto, paridad de poder adquisitivo (PPA, US$ per cápita)	...	8 640 (2014)	...
Índice de desarrollo humano	0,651	0,719 (2014)	10,3
Promedio de años de escolaridad	6,5	9,1 (2014)	40,6
Población que usa instalaciones de agua potable mejoradas (%)	93,0	94,0 (2015)	1,1
Población que usa instalaciones de saneamiento mejoradas (%)	80,0	82,0 (2015)	2,5
Esperanza de vida al nacer (años)	70,7	74,2 (2011)	5,0
Mortalidad infantil (por 1 000 nacidos vivos)	...	19,1 (2011)	...
Mortalidad materna (por 100 000 nacidos vivos)	...	108,1 (2013)	...
Incidencia de tuberculosis (por 100 000 habitantes)	6,6	3,1 (2013)	-53,2
Mortalidad por tuberculosis (por 100 000 habitantes)	0,9	0,6 (2013)	-33,3
Cobertura de inmunización contra el sarampión (%)	...	91,0 (2015)	...
Cobertura de atención del parto por personal cualificado (%)	...	99,4 (2015)	...



Población en 1990 (millones)	2,4
Población en el 2015 (millones)	2,8
Variación (%)	17,5



Jamaica es la mayor isla de habla inglesa y la tercera en tamaño del Caribe, con una superficie de 11 424 km². Se encuentra a 150 km al sur de Cuba y a 160 km al oeste de Haití. Se divide en tres condados, que a su vez se dividen en 14 parroquias o municipios.

En el 2015, la población alcanzó los 2,8 millones de habitantes. La estructura poblacional actual ha seguido mostrando señales de envejecimiento a medida que el país pasaba por las etapas intermedias de la transición demográfica, en vías de regresión durante las últimas dos décadas.

La expectativa de vida al nacer en el 2011 fue de 74,2 años (71,3 en hombres, 76,3 en mujeres).

En el 2015, Jamaica registró mejoras en la mayoría de los indicadores de desarrollo económico y social. A finales del 2015, el producto interno bruto per cápita fue de US$ 5 140 y el índice de desarrollo humano fue de 0,719 para el 2014.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

En el 2015, la tasa total de desempleo fue de 13,5%.

En la reforma educacional del año 2015 se incorporó la gratuidad de la educación desde la primera infancia hasta la escuela primaria; la tasa de alfabetización fue de 91,7%. En el 2013, el índice de paridad de género (proporción de niñas y niños) fue de 1,04 para el nivel secundario y de 2,29 para el nivel terciario.

En el 2012, 70% de los hogares disponía de agua potable (94,2% en las zonas urbanas y 49,1% en las rurales), 12,4% utilizaba agua de lluvia recogida en tanques y 2,5% de ríos o manantiales. El 99,8% de los hogares tuvieron acceso a un saneamiento básico. En el 2012, el índice de calidad de la vivienda fue de 72%.

El índice general de delitos fue de 644 delitos por cada 100 000 habitantes el 2015, y la tasa de homicidios, de 44 por cada 100 000 habitantes.

Hay varios factores que contribuyen a la mala calidad del aire, entre ellos las emisiones o contaminantes atmosféricos de instalaciones industriales, los vehículos a motor, la quema de caña de azúcar a cielo abierto y los incendios en sitios de eliminación de desechos sólidos.

El volumen total de residuos sólidos eliminados en el 2015 fue de 778 175 toneladas, con una generación de residuos per cápita estimada en 1,2 kg/día. En el 2012, la mayoría de los hogares (63,4%) utilizaron un servicio de recolección de basura y 31,9% quemaron su basura.

El país está constantemente expuesto a peligros naturales como huracanes, terremotos, inundaciones, sequías e incendios, y su repercusión social y económica ha sido un reto importante. Según el índice de vulnerabilidad ambiental, Jamaica es uno de los 35 países extremadamente vulnerables desde el punto de vista ambiental en el mundo.

SITUACIÓN DE LA SALUD Y DEL SISTEMA DE SALUD

En el 2014, la razón de mortalidad materna fue de 108,1 por 100 000 nacidos vivos. Las principales causas de muerte fueron la enfermedad hipertensiva del embarazo (19%) y la hemorragia (18%).

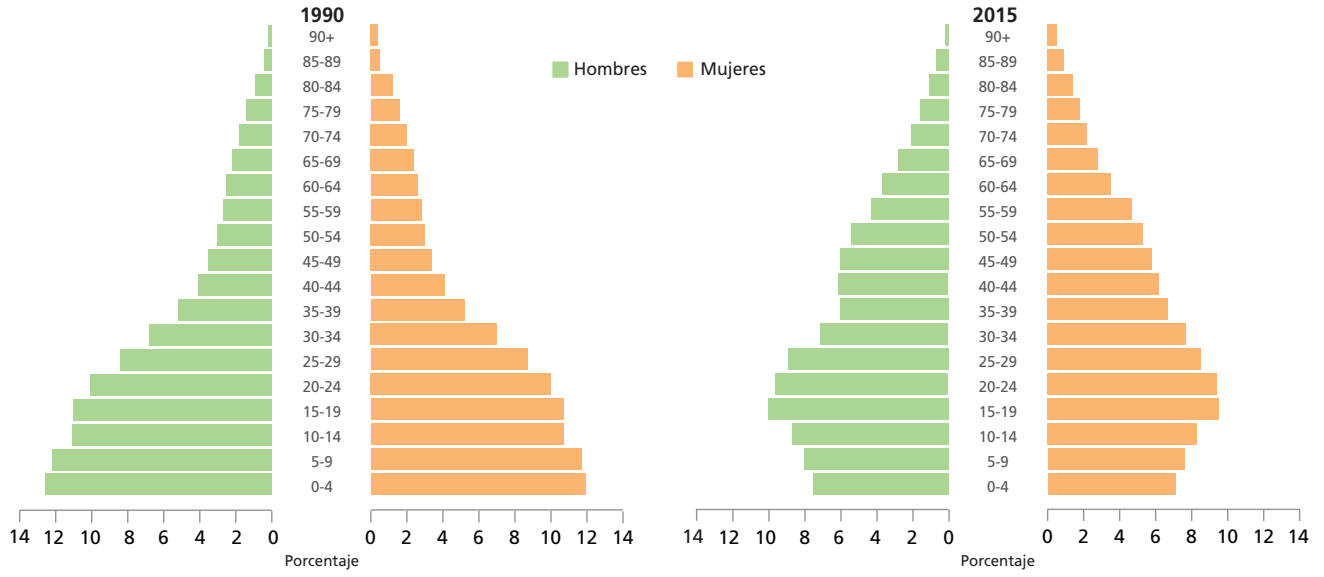
En el 2012, la tasa de natalidad global fue de 16 por 1 000 mujeres en edad fértil, mientras que en adolescentes de 15 a 19 años fue de 72 nacimientos por 1 000 mujeres.

En el 2011, la tasa de mortalidad de menores de 1 año y menores de 5 años fue de 19,1 y 17,4 por 1 000 nacidos vivos, respectivamente. Las principales causas fueron los trastornos respiratorios y cardiovasculares específicos del período perinatal.

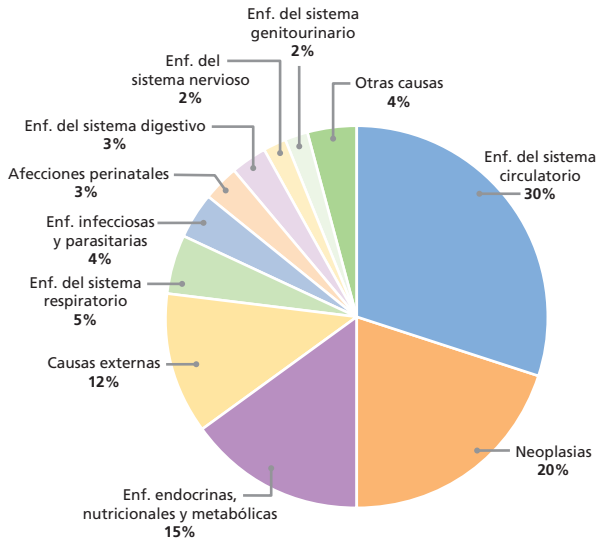
El Programa Ampliado de Inmunización tuvo las siguientes coberturas en el 2015: BCG (antituberculosa), 100%; poliomielitis, 92%; DPT/DT (difteria, tétanos y tos ferina), 91%; *Haemophilus influenzae* de tipo b (HiB), 92%; hepatitis B, 92%; y triple vírica (sarampión, parotiditis y rubéola, dos dosis), 83%.

Las tasas de lactancia materna exclusiva en lactantes menores de 6 meses pasaron de 15% en el 2005 a 24% en el 2011.

Estructura de la población según edad y sexo, Jamaica, 1990 y 2015



Mortalidad proporcional (% defunciones totales, todas las edades, ambos sexos), 2014



No ha ocurrido ninguna transmisión autóctona de malaria desde el 2009 y, en el 2013, Jamaica volvió a estar incluida en el registro oficial de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de las zonas donde se ha logrado erradicar la malaria.

No se han registrado casos de fiebre amarilla desde 1852 ni de enfermedad de Chagas. Hubo un solo caso de leishmaniasis cutánea en un viajero, notificado en el 2015, y nunca fue confirmado.

En el 2015, el dengue seguía siendo endémico, y en el 2007, el 2010 y el 2012 se produjeron brotes. En la isla circulan los cuatro serotipos y el mosquito *Aedes aegypti* es el único vector del dengue encontrado. En el 2015 se notificaron 118 casos y en el 2016, 2 316 casos; de ellos, 26 y 190 fueron confirmados por laboratorio.

El primer caso confirmado de virus chikunguña fue uno importado en julio del 2014; el primer caso autóctono se confirmó en agosto de ese año. Para fines del 2015, se habían notificado 5 180 casos (97 confirmados por laboratorio).

El primer caso de infección por el virus del Zika se confirmó en enero del 2016. Para fines de ese año, se habían detectado 203 casos confirmados por laboratorio. Se notificaron 698 presuntos casos del virus del Zika en embarazadas al Ministerio de Salud, de los cuales 78 fueron confirmados por laboratorio (prueba de PCR). En el 2015, se confirmaron 37 casos de influenza.

No se han detectado casos de cólera desde los últimos registrados en 1852, con una vigilancia activa por los brotes ocurridos en países vecinos.

El país ha logrado eliminar la lepra. En el 2015 se detectaron tres casos, frente a ocho casos en el 2011.

Del 2011 al 2015 se notificaron 1 659 presuntos casos de tuberculosis, con 32,6% de ellos confirmados. La mayoría se dieron en adultos jóvenes de entre 25 y 34 años. Entre el 2006 y el 2015 se registró un promedio de 114,7 casos nuevos anuales. Menos del 25% de las personas sometidas a tamizaje estaban coinfectadas con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). La tasa de éxito del tratamiento osciló entre 22% en el 2015 y 77% en el 2013.

La prevalencia de la infección por el VIH en la población general es de 1,6%: unas 29 000 personas están actualmente infectadas; aproximadamente 16% desconocen su estado. Entre enero de 1982 y diciembre del 2015, se notificaron 34 125 casos de infección por el VIH al Ministerio de Salud. De estos, se sabe que 9 517 (27,9%) han fallecido.

En el 2012, 3% de los menores de 5 años se vieron afectados por la emaciación, 5,7% por el retraso del crecimiento y 7,8% tenían exceso de peso. La prevalencia del peso bajo al nacer fue de 11,3% en el 2011 y la tasa de lactancia materna exclusiva en lactantes de 6 meses fue de 23,8%; 24,4% de las mujeres en edad fecunda padecieron anemia. La prevalencia del sobrepeso o la obesidad fue de 18% en los niños de 6 a 10 años de edad, y de 22% a 25% en los niños de 10 a 15 años de edad.

Hubo un aumento del 12,7% en el número de defunciones desde el 2013 al 2014. La principal causa en el 2014 fueron las enfermedades del sistema circulatorio (30%). Las enfermedades cerebrovasculares, las hipertensivas y la diabetes mellitus estuvieron entre las cinco principales causas de defunción tanto para hombres como para mujeres. En el 2014, la mayoría de las muertes por cáncer en hombres fueron por cáncer de próstata y para mujeres, por cáncer de mama y cervicouterino.

Las tasas de mortalidad de los accidentes de tráfico fue de 14,0 muertes por 100 000 habitantes en el 2015. Los hombres representaron 80% de las muertes cada año entre el 2010 y el 2015. Los peatones fueron la categoría que sufrió un mayor número de muertes durante este período, excepto en el 2015, año en el que los motociclistas ocuparon ese lugar.

En el 2010, entre los mayores de 18 años, 11,5% presentaba diabetes (9,8% de hombres y 13,2% de mujeres). En el mismo año, 22,9% de los mayores de 18 años presentó hipertensión arterial (25,4% de hombres, 20,5% de mujeres) y 27% eran obesos (36% de las mujeres y 18% de los hombres).

La encuesta realizada a la población mayor de 60 años en el 2012 señaló que 76,4% tenía al menos una enfermedad crónica, 46,9% tenía más de una, 61,4% sufría hipertensión y 26,2%, diabetes. Fumaba 25,4% de las personas y 21,4% consumía regularmente alcohol, al menos dos bebidas por semana.

La prevalencia ajustada por la edad del consumo de tabaco en la población de 15 años y más era de 18,5% en el 2010 (30,7% en hombres y 6,6% en mujeres), y en adolescentes fue de 28,7%. En el 2010, la prevalencia ajustada por la edad de los trastornos debidos al consumo de alcohol en las

personas mayores de 15 años fue de 6,5% en los hombres, 1,8% en las mujeres y 4,1% en ambos sexos.

Los intentos de suicidio aumentaron en 265%, de 141 en el 2011 a 515 en el 2014; para el mismo año, la tasa fue de 1,2 por 100 000 habitantes.

En el 2015, había un total de 1 166 médicos, 92 dentistas y 3 849 enfermeras en el sector público. En el marco del Programa para la Reducción de la Mortalidad Materna e Infantil (PROMAC), se formaron profesionales de la salud destinados a programas estratégicos del desarrollo sanitario.

El camino hacia la salud universal continuó con el énfasis en el fortalecimiento del sistema de salud, la renovación de la atención primaria y un mejor acceso a los servicios.

Las prioridades políticas del plan estratégico del Ministerio del Salud para los años 2013-2016 y 2015-2018 fueron mejorar la gobernanza del sector de la salud, asegurar el acceso a los servicios, garantizar la calidad en las prestaciones y reducir las lesiones, discapacidades y muertes prematuras por enfermedades prevenibles.

El gasto total en salud como porcentaje del producto interno bruto (PIB) fluctuó entre 5,2% en el 2008 y 5,9% en el 2014. El gasto público aumentó de 56,3% de los gastos totales en el 2010 a 62,3% en el 2014. Ese mismo año, el gasto de bolsillo correspondió al 19,7% del total.

Desde el 2010, el Ministerio de Salud ha mejorado el sistema nacional de información de salud utilizando el marco y las normas de la Red de Métricas de Salud (RMS). Un comité directivo multisectorial de información y tecnología en salud dirige y coordina las actividades, incluyendo la evaluación del sistema nacional de información de salud en el 2011 y el desarrollo del plan estratégico de fortalecimiento del sistema de información sanitara 2014-2018.

LOGROS, DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS

Entre 1990 y el 2015, el país experimentó avances socioeconómicos y sanitarios. Su población enfrenta actualmente una transición demográfica y epidemiológica, con un mayor envejecimiento de la población y la carga sanitaria que eso implica.

El país enfrenta una triple carga: las enfermedades crónicas no transmisibles, la violencia y las lesiones, y las enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes.

La migración de profesionales de salud ha continuado, en particular enfermeras tituladas especializadas, con actividades de reclutamiento en Jamaica para los mercados del extranjero.

Los esfuerzos para reducir los factores de riesgo incluyeron la implementación de tres de las cuatro intervenciones para la reducción de la demanda de tabaco, es decir, políticas tributarias, entornos libres de humo y advertencias sanitarias, así como los nuevos Reglamentos de Salud Pública de del 2013.

Entre los principales desafíos figuran un marco regulatorio inadecuado para abordar la reducción de los principales factores de riesgo y crear el entorno propicio para el cambio de comportamiento, y la interferencia de la industria.

El aumento previsto de la frecuencia de brotes de enfermedades infecciosas requiere un nuevo enfoque en el programa de emergencias sanitarias del Ministerio de Salud.

La salud universal sigue siendo una prioridad para asegurar que la población acceda a una atención de calidad en instalaciones mejoradas, prestada por personal capacitado con las habilidades apropiadas, con los niveles requeridos de equipo y los productos farmacéuticos, suministros y protección financiera necesarios.

PUNTOS ADICIONALES

Se aplicó una nueva estrategia de protección social, que incluyó un programa de reforma de las redes de seguridad social, para suministrar las intervenciones apropiadas y mejorar los resultados sostenidos para los pobres y vulnerables.

El proyecto de política nacional de vivienda se modificó en el 2015 para proporcionar un marco integral que orientará al sector de la vivienda.

La reforma del mercado laboral con la creación de empleo siguió siendo prioritaria para el Gobierno, incluida la elaboración de un plan estratégico de subcontratación de procesos operativos y tecnología de la información y la comunicación.

El programa para el adelanto mediante la salud y la educación ha funcionado como un programa de transferencias condicionales de efectivo, incluyendo subsidios a unos 380 010 beneficiarios registrados a finales de 2015. Está vinculado a la asistencia a servicios de salud y educación basada en criterios establecidos.

Los niños en riesgo fueron monitoreados por la Oficina del Registro Infantil, que recibió 11 749 informes de maltrato a menores en el 2014. Hubo 55 notificaciones de trata de niños en el 2014. Otra iniciativa prioritaria fue la ley de discapacidades, aprobada en el 2014, que establece disposiciones para salvaguardar y mejorar el bienestar de las personas con discapacidad.



MÉXICO

INDICADORES BÁSICOS SELECCIONADOS

1990-2015

	Valor 1990	Valor y año	Variación (%)
Ingreso nacional bruto, paridad de poder adquisitivo (PPA, US$ per cápita)	...	16 840 (2014)	...
Índice de desarrollo humano	0,648	0,756 (2013)	16,7
Promedio de años de escolaridad	5,5	8,4 (2014)	52,5
Población que usa instalaciones de agua potable mejoradas (%)	82,0	96,0 (2015)	17,1
Población que usa instalaciones de saneamiento mejoradas (%)	66,0	85,0 (2015)	28,8
Esperanza de vida al nacer (años)	70,8	77,2 (2016)	9,0
Mortalidad infantil (por 1 000 nacidos vivos)	37,0	12,5 (2013)	-66,2
Mortalidad materna (por 100 000 nacidos vivos)	...	38,9 (2013)	...
Incidencia de tuberculosis (por 100 000 habitantes)	62,0	16,9 (2013)	-72,7
Mortalidad por tuberculosis (por 100 000 habitantes)	7,8	1,8 (2013)	-76,9
Cobertura de inmunización contra el sarampión (%)	75,0	100,0 (2015)	33,3
Cobertura de atención del parto por personal cualificado (%)	...	95,6 (2015)	...



Población en 1990 (millones)	**85,6**
Población en el 2016 (millones)	**119,5**
Variación (%)	**39,6**



México es una república democrática y representativa situada al sur de América del Norte. Limita con los Estados Unidos de América, Guatemala y Belice. Cuenta con 32 estados autónomos y 2 456 municipios. En el 2016, la población era de 119,5 millones, de ellos 77,8% concentrado en zonas urbanas. El 7,2% tenía 65 años de edad o más.

La población creció 39,6% entre 1990 y el 2016, con mayor envejecimiento y reducción de su estructura expansiva, en especial en los grupos de menores de 20 años. En el 2016, la esperanza de vida al nacer es de 72,6 años en hombres y 77,8 en mujeres. En el 2015, 21,5% de la población se considera indígena y 1,2% afrodescendiente.

Los indicadores básicos de salud y desarrollo han mejorado en forma sistemática entre 1990 y el 2015, y alcanzaron un índice de desarrollo humano de 0,756 en el 2013.

Con un producto interno bruto (PIB) nominal de 17,39 billones de pesos mexicanos en el 2015, la economía es una de las 20 mayores del mundo.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

La economía informal cubre 57,8% de la población laboralmente activa, genera 24% del PIB y no está cubierta por la seguridad social. Existe una gran desigualdad de ingresos. En el 2015, 1% de población más rica concentraba 21% del ingreso nacional.

En el 2015, la escolaridad promedio fue de 9,1 años. La pobreza registrada en el 2014 fue de 46,2% (61,1% en las zonas rurales y 41,7% en las urbanas) y la pobreza extrema, de 9,5%. En el 2010, 76,4% de la población poseía casa propia, mientras que en el 2015 esa cifra disminuyó a 67,7%

En el año 2010 se recolectaron alrededor de 86 357 toneladas de residuos sólidos urbanos. El 93,0% de los residuos sólidos del país se envían a las plantas de tratamiento; sin embargo, todavía existen depósitos en espacios abiertos, como carreteras, cañadas, barrancas y cauces de arroyos.

En el 2014, 26,6% de los inmigrantes en los Estados Unidos era de origen mexicano. México es además un país de tránsito de personas desde Centroamérica hacia los Estados Unidos.

La mayoría de los desastres están causados por tormentas tropicales y huracanes, y tienen importantes consecuencias económicas y sanitarias. En el 2013, la combinación de las tormentas tropicales Ingrid y Manuel provocó un intenso y prolongado temporal. Las pérdidas económicas fueron de US$ 4 816 millones, la segunda cifra más alta después del terremoto de 1985.

Cada año se degradan aproximadamente 500 000 hectáreas de bosques y selvas, sobre todo por los cambios en el uso del suelo y por la tala ilegal.

La contaminación atmosférica constituye un problema de salud pública. Por esta razón, el país cuenta con 176 estaciones de monitoreo de partículas suspendidas, ozono, dióxido de azufre, dióxido de nitrógeno y monóxido de carbono.

El gasto total en la salud respecto al PIB representó 6,2% en el 2012; sin embargo, en el 2015 había descendido a 5,6%.

De acuerdo con el Padrón General de Salud 2014, alrededor de 35,4 millones de personas estaban afiliadas al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), 7 millones al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y 49,8 millones al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS). El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social notificó en el 2014 que 18,2% de la población tenía alguna dificultad para acceder a los servicios de salud.

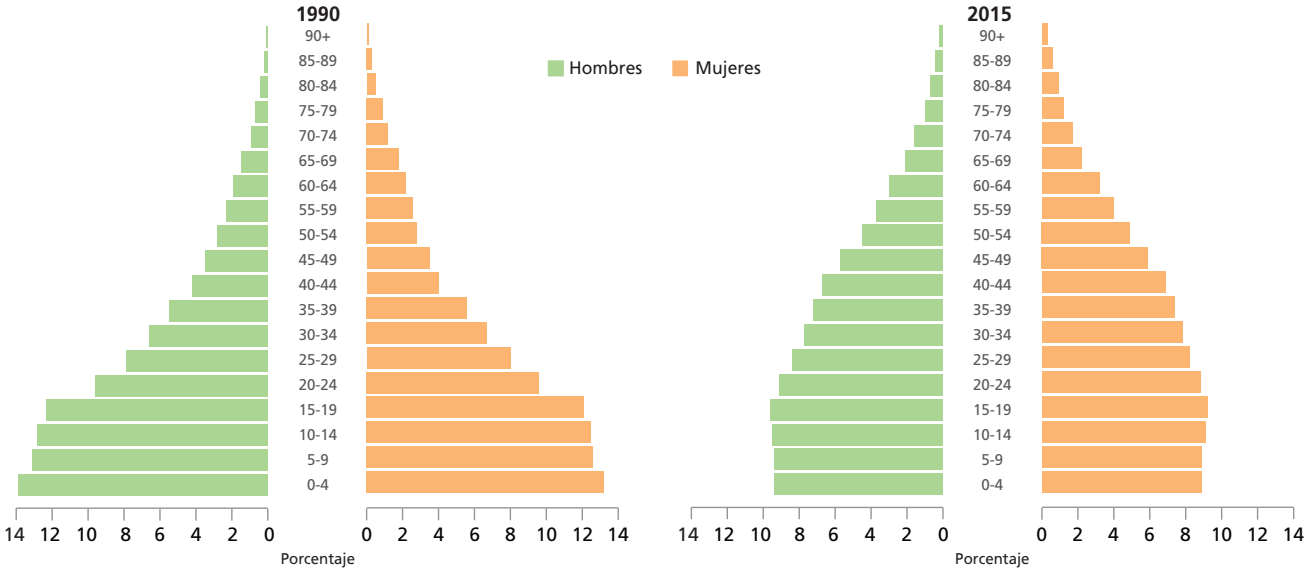
Existe una red de 12 tratados de libre comercio con 46 países y los Estados Unidos es su principal socio comercial.

SITUACIÓN DE LA SALUD Y DEL SISTEMA DE SALUD

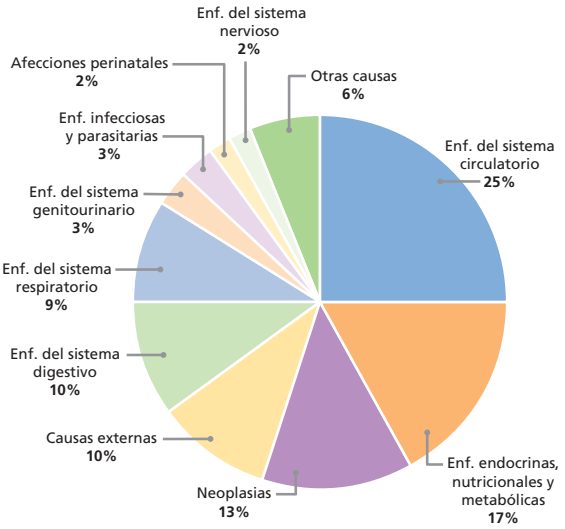
En el 2015, la mortalidad materna fue de 34,6 muertes por 100 000 nacidos vivos. En los estados con mayor nivel de marginación (como Chiapas, Guerrero y Oaxaca), la mortalidad materna alcanza las 55 muertes por 100 000 nacidos vivos, o incluso cifras mayores. La cobertura del parto por personal cualificado es de 95,6%; Del 2009 al 2014, de cada 100 partos, 46 fueron cesárea.

En el 2015, la mortalidad de los menores de 1 año y de 5 años alcanzó 12,5 y 15,1 muertes por 1 000 nacidos vivos,

Estructura de la población según edad y sexo, México, 1990 y 2015



Mortalidad proporcional (% defunciones totales, todas las edades, ambos sexos), 2014



respectivamente. La mitad de defunciones durante el primer año están causadas por afecciones originadas en el período perinatal, y una cuarta parte de ellas tiene su origen en malformaciones congénitas.

El esquema nacional de vacunación incluye vacunas contra 14 enfermedades. En el 2015, la cobertura de vacunas alcanzó 87,0% de la población. En el 2012, el Consejo Nacional de Población ajustó las proyecciones poblacionales y aumentó el número de niños menores de 5 años que debían ser inmunizados. Al haber un cambio en el denominador, las coberturas bajaron a 83,0% para la tercera dosis de la vacuna contra la difteria, la tos ferina y el tétanos (DPT) en el 2013. Desde entonces, ha habido un aumento en las coberturas, que llegó a 87,0% en el 2015. El último caso de rubéola se registró en el 2010 y el último caso confirmado de tétanos neonatal ocurrió en el 2011. Entre el 2011 y el 2015, los casos anuales de tos ferina en menores de 5 años han fluctuado entre 252 y 1 107 casos.

En el 2014, el grupo de enfermedades del sistema circulatorio causó 25% de las muertes y las enfermedades del sistema endocrino, 17%, mientras que las neoplasias causaron 13% de las muertes.

Entre el 2010 y el 2015 se notificaron 364 000 casos de dengue, con una letalidad de 0,52% en el 2015. Cerca de la mitad de los casos (49%) se concentran en tres estados.

En los primeros nueve meses del 2016 se habían registrado 514 casos confirmados de chikunguña y 4 306 casos confirmados de infección por el virus del Zika (de los que 2 087 se dieron en mujeres embarazadas).

En el 2013 se notificaron 184 casos de cólera y en el 2011, 1 106 casos de malaria.

Se notificaron 538 casos de leishmaniasis en el 2010 y se registraron seis casos de rabia humana entre el 2010 y el 2011 transmitida por murciélagos hematófagos.

Se notificaron 980 casos diagnosticados de Chagas en el 2015. El registro de esta enfermedad ha aumentado debido a la incorporación de la estrategia de vigilancia epidemiológica en los bancos de sangre. Anualmente se presentan más de 19 000 casos de tuberculosis, que en 80% es de localización pulmonar.

En el 2014 se registraron 15 885 defunciones (13,3 muertes por 100 000 habitantes) causadas por accidentes y lesiones en la vía pública. El 51,7% de esas muertes correspondió a atropellamiento de peatones.

En el 2015 hubo 14,0 homicidios por 100 000 habitantes, cifra que en Guerrero alcanzó 56,5 homicidios por 100 000 habitantes. Entre las enfermedades con mayor prevalencia en adultos mayores destacan la hipertensión (40,0%), la diabetes (24,3%) y la hipercolesterolemia (20,4%). En ese grupo también hay mayor prevalencia de problemas de salud mental, incluida la depresión.

La diabetes mellitus, las cardiopatías isquémicas y las enfermedades cerebrovasculares son las principales causas específicas que hacen perder años de vida saludable.

El 5,1% de la población padece algún grado de discapacidad, causada por alguna enfermedad (39,4%) o la edad avanzada (23,0%), o de naturaleza congénita (16,0%). En el 2014, 54,1% de las personas con discapacidad vivía en situación de pobreza y 51,1% con rezago educativo.

En el 2012, la prevalencia nacional de talla baja en los menores de 5 años fue de 13,6% y la desnutrición grave alcanzó a 0,4%.

El 16,7% de los hombres y 18,1% de las mujeres no cumplen con el nivel mínimo de actividad física recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). En todos los grupos etarios, las mujeres presentan mayor prevalencia de inactividad física.

La Secretaría de Salud es la entidad responsable de establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salud pública, a través del Consejo de Salubridad General, que también comprende las Secretarías de Educación y Hacienda. El Consejo Nacional de Salud se encarga de la coordinación con los estados federativos.

El sector público cuenta con distintas instituciones de seguridad social, como el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos, la Secretaría de la Defensa Nacional, la Secretaría de Marina y otros. Este conjunto presta servicios a los trabajadores del sector formal de la economía.

Además, el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), la Secretaría de Salud, los Servicios Estatales de Salud y el

Programa IMSS-Prospera atienden a la población sin cobertura de la seguridad social. El sector privado presta servicios a la población con capacidad de pago.

El gasto total en la salud respecto al PIB representó 5,6% en el 2015. El gasto público correspondió a 51,0% del gasto en salud. El gasto de bolsillo representó hasta 4,0% del gasto de los hogares.

En el 2015, la disponibilidad de personal de salud en el país fue de 2,2 médicos y 2,6 enfermeras profesionales por 1 000 habitantes, incluidos los profesionales del sector privado. Existe una importante diferencia en la distribución de recursos humanos de la salud en el país.

Las diversas instituciones del sistema de salud proveen diversa información sanitaria, aunque aún no existe un sistema único y consolidado de información que pueda integrar la información de salud entre los diferentes estados y dichas instituciones.

LOGROS, DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS

El Acuerdo Nacional hacia la Universalización de los Servicios de Salud refleja la voluntad política de mejorar el acceso de toda la población a los servicios de salud. Para su implementación, es necesario fortalecer la institucionalidad en el ámbito de la salud y el sistema de información sanitaria, además de asegurar la distribución de los recursos en el territorio nacional, con énfasis en el primer nivel de atención.

La mortalidad materna seguirá siendo un problema prioritario y se deberá asegurar la evaluación y el control de los programas vigentes, como las brigadas de transporte comunitario, los albergues maternos, el acceso y la cobertura de los métodos de planificación familiar, las buenas prácticas en la atención prenatal y el parto, y la vigilancia de los nacimientos por cesáreas. Esto requerirá, además, aplicar un enfoque intercultural en relación con los problemas obstétricos, la igualdad de género y la ejecución de acciones que incidan en el empoderamiento y en la búsqueda del ejercicio de la salud como derecho humano.

Como resultado de los esfuerzos realizados y de las tendencias observadas, se espera lograr la eliminación de algunas enfermedades desatendidas, como la lepra, la malaria y la rabia, gracias a la concertación de objetivos comunes entre los sectores involucrados en el abordaje de los determinantes sociales de la salud, y al cumplimiento de las metas de desarrollo nacional y de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Se han formulado políticas intersectoriales con el objetivo de prevenir y controlar las enfermedades crónicas no transmisibles. Estas políticas integran la promoción de prácticas saludables, la calidad de la atención, la regulación y la legislación.

El Acuerdo Nacional contra la Obesidad y el Sobrepeso; la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes; la implementación del etiquetado frontal en los alimentos de alto contenido calórico; y la regulación de la publicidad de alimentos no saludables en los medios de comunicación en horarios infantiles requieren mecanismos que evalúen su funcionamiento y desarrollo, así como robustecer el marco normativo que permita establecer acciones punitivas por su incumplimiento.

La Dirección General de Información en Salud desarrolló la Plataforma Tecnológica para la Conformación del Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud con el fin de homologar los criterios y los procesos para el tratamiento de la información relacionada con la salud. Esta iniciativa se encontraba en fase de implementación en el 2016.

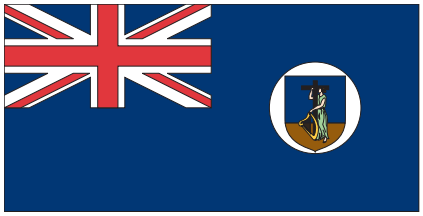
PUNTOS ADICIONALES

Junto con otros sectores e instituciones, la Secretaría de Salud ha desarrollado políticas e intervenciones efectivas con el objetivo de mejorar los determinantes de la salud.

En el 2013 se puso en marcha la Cruzada Nacional Contra el Hambre, estrategia dirigida a la población en situación de pobreza extrema y con carencia alimentaria. Esta estrategia constó de 70 programas federales que se aplicaron en 1 012 municipios. Para su instrumentación se creó la Comisión Intersecretarial, compuesta por 16 secretarías, la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, el Instituto Nacional de las Mujeres y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.

Entre el 2013 y el 2015, esta estrategia logró incrementar el acceso a los servicios de la salud de 9,2% a 32,9% y se logró reducir a 42,5% la carencia alimentaria en la población objetivo.

El Programa de Inclusión Social Prospera se dirige a la población en situación de pobreza extrema. Dicho programa prevé transferencias condicionadas en educación, salud, nutrición e ingresos, y en él participan diversos sectores y entidades. Este programa, surgido en 1988, ha experimentado actualizaciones y cambios de nombre. Desde el 2014 adoptó el nombre de Prospera e incorporó la creación de empleos y la inclusión productiva de las mujeres.



MONTSERRAT

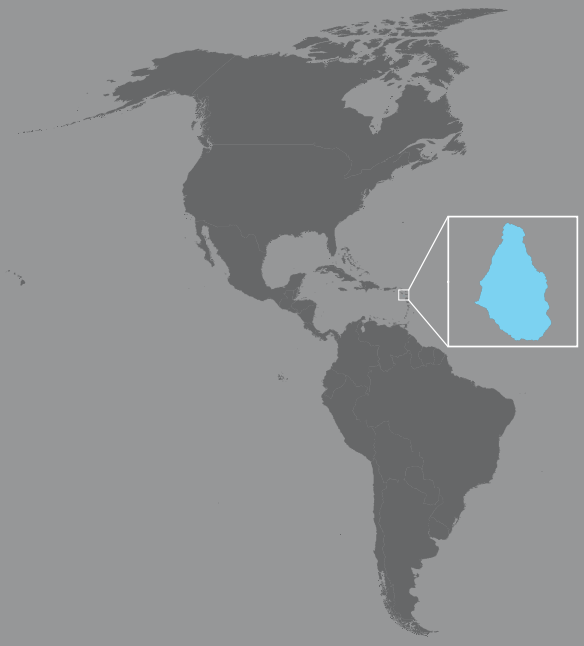
INDICADORES BÁSICOS SELECCIONADOS

1990-2015

	Valor 1990	Valor y año	Variación (%)
Ingreso nacional bruto, paridad de poder adquisitivo (PPA, US$ per cápita)	...	...	...
Índice de desarrollo humano	...	...	...
Promedio de años de escolaridad	...	...	...
Población que usa instalaciones de agua potable mejoradas (%)	97,0	99,0 (2015)	2,1
Población que usa instalaciones de saneamiento mejoradas (%)	70,0	83,0 (2015)	18,6
Esperanza de vida al nacer (años)	...	74,4 (2013)	...
Mortalidad infantil (por 1 000 nacidos vivos)	...	62,5 (2013)	...
Mortalidad materna (por 100 000 nacidos vivos)	...	...	...
Incidencia de tuberculosis (por 100 000 habitantes)	...	...	...
Mortalidad por tuberculosis (por 100 000 habitantes)	...	21,0 (2013)	...
Cobertura de inmunización contra el sarampión (%)	...	100,0 (2015)	...
Cobertura de atención del parto por personal cualificado (%)	...	100,0 (2015)	...



Población en 1990 (miles)	10,6
Población en el 2015 (miles)	5,2
Variación (%)	-50,6



Montserrat es un territorio británico de ultramar ubicado en las Antillas Menores, en el Caribe oriental. Tiene una superficie terrestre de 102 km². La isla se compone casi exclusivamente de roca volcánica y es principalmente montañosa, con una pequeña llanura costera.

Entre 1990 y el 2015, la población disminuyó en 50,6%, hasta ser solo 5 241 habitantes en el 2015. Gran parte de la caída de población ocurrió a partir de la erupción del volcán Soufrière Hills en 1995, que destruyó la capital, Plymouth, y forzó la evacuación de los habitantes al tercio norte de la isla, considerado más seguro. La población emigró a Antigua, otras partes del Caribe e incluso más lejos.

El 88,4% de la población es afrodescendiente, mientras que 3,7% es mixta y 3,0% es de ascendencia hispana. No hay población indígena. El 73% de los residentes es originario de Montserrat.

La esperanza de vida estimada ha aumentado de forma constante y las estimaciones más recientes se refieren a una esperanza de vida total de 74,1 años (75,6 en los hombres y 72,6 en las mujeres).

El persistente riesgo de actividad volcánica ha limitado el potencial de crecimiento económico.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

En el 2011, de los 4 019 residentes entre los 10 y los 70 años y más, 96,5% estaban alfabetizados. La educación primaria y secundaria son obligatorias, gratuitas y administradas por el Gobierno.

En el 2012, 36,0% de la población era pobre, con mayor incidencia en los niños menores de 15 años, que presentaban, con gran diferencia, la tasa de pobreza más alta.

La isla tiene reservas suficientes de agua potable, que es accesible al 100% de los residentes.

Todos los habitantes tienen acceso al sistema de recolección de basura y el Ministerio de Salud y Servicios Sociales es responsable de la gestión de la basura y de los rellenos sanitarios donde se descartan todos los residuos sólidos.

La intensa actividad volcánica entre 1995 y 1997 ha provocado la emigración de personas jóvenes, dejando a los adultos mayores en el territorio. Se está dando prioridad a la implementación de políticas y programas que aborden las necesidades de este creciente grupo de personas.

El cuidado a las personas mayores se proporciona a través de dos hogares residenciales (Margetson Memorial Home y Golden Years Home). Las personas sanas sin residencia privada o sin apoyo familiar se alojan en los apartamentos asistidos (Look-Out Warden).

La migración no es de mayor relevancia para el territorio, pero Montserrat depende de la mano de obra no nacional, y algunos de los trabajadores no son de habla inglesa.

SITUACIÓN DE LA SALUD Y DEL SISTEMA DE SALUD

No hubo muertes maternas en el período del 2010 al 2015. En el mismo período, no se registraron muertes neonatales, pero hubo una muerte de un niño menor de un año en el 2010. En el 2015 hubo tres muertes de menores de un año, dos de las cuales fueron muertes neonatales; no hubo defunciones en el grupo de 1 a 4 años.

La cobertura de la atención prenatal y del parto es universal, atendida por personal de salud calificado.

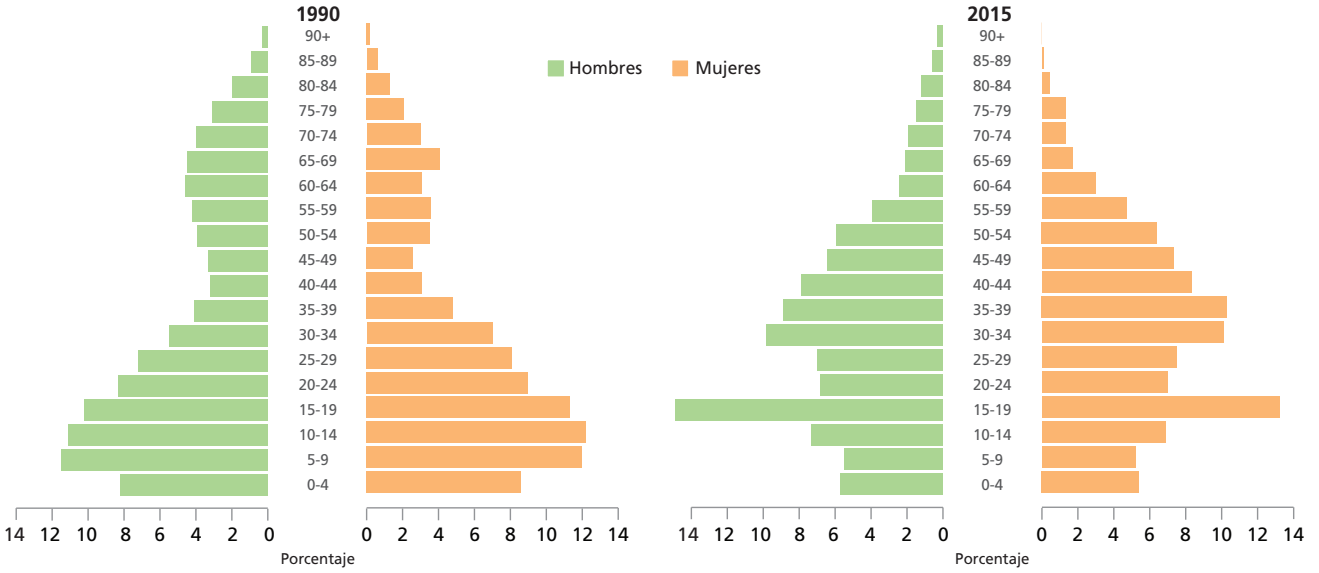
La cobertura de las vacunas administradas (DPT, hepatitis B, *Haemophilus influenzae* tipo B, SPR), como parte del Programa Ampliado de Inmunización a niños y adolescentes, fue de 100% en los últimos cinco años (2010-2015). Los esfuerzos continúan aumentando la cobertura entre adultos (incluyendo a los trabajadores de la salud) para enfermedades como el tétanos y la gripe.

Entre el 2010 y el 2015 se han producido alrededor de 44 muertes anuales. En el año 2015 se registraron 49 defunciones, de las cuales 86% correspondieron a personas de 60 años y más. Las principales causas de muerte fueron las enfermedades del sistema circulatorio, con 37% de las defunciones; las enfermedades endocrinas, 23%; y las neoplasias, 14%.

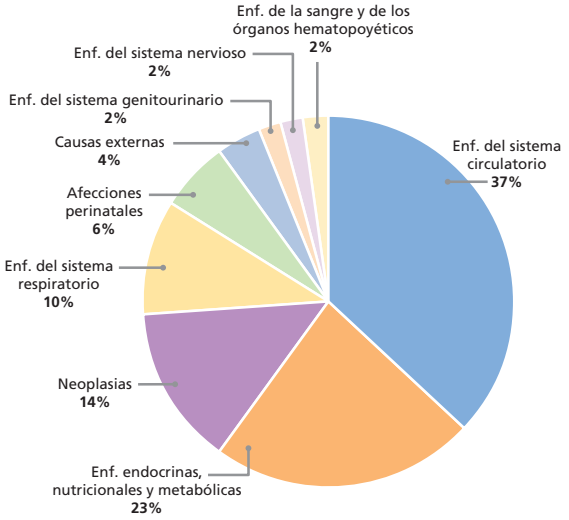
Las principales causas específicas de muerte fueron la diabetes mellitus y las cardiopatías. Entre las neoplasias destacan las de próstata, mama y colon.

La malaria y la fiebre amarilla no son endémicas en el territorio y no se diagnosticaron casos de enfermedades zoonóticas.

Estructura de la población según edad y sexo, Montserrat, 1990 y 2015



Mortalidad proporcional (% defunciones totales, todas las edades, ambos sexos), 2015



El principal reto es *Aedes aegypti*, que se encuentra en el territorio con índices que oscilan entre los 3 y los 15. Para el período del 2011 al 2015, el Ministerio de Salud documentó 32 casos de virus chikunguña (25 en el 2014, 7 en el 2015).

Recientemente se ha identificado la infección por el virus del Zika, con una infección importada y tres por transmisión local a fines del 2016. Entre el 2014 y el 2016, no se registraron casos de dengue.

No se registraron casos de tuberculosis para el período del 2010 al 2015.

De acuerdo al censo del 2011, 10,2% de la población reportó que sufría diabetes mellitus. La tasa de prevalencia para el 2011, de acuerdo a los datos clínicos, fue de 76 por 1 000 habitantes, pero este dato puede estar subregistrado, dado que muchos consultan en el sector privado. En el período entre el 2010 y el 2015, aproximadamente 26% de los niños evaluados presentaban sobrepeso u obesidad.

Se reportaron tres homicidios durante el período entre el 2011 y el 2015, así como 584 accidentes de vehículos de motor, con una muerte en el 2015.

En el 2012, 63% de los jóvenes refería haber consumido alcohol, 19% había consumido cigarrillos y 17%, marihuana.

La principal fuente de financiación de la asistencia sanitaria son los ingresos gubernamentales. En el año fiscal 2015-2016, 9,4% del presupuesto recurrente de ese año se asignó al Ministerio de Salud y Servicios Sociales.

Generalmente las personas son responsables de pagar el costo de la atención médica, pero hay muchos grupos exentos de pago, incluidos los estudiantes en educación a tiempo completo o en la universidad, los niños menores de 16 años, los mayores de 60 años, las mujeres embarazadas (hasta dos meses después del parto), los indigentes, los funcionarios públicos y los presos.

En situaciones en las que las personas no pueden cubrir los costos de la atención médica de los que son responsables (dentro o fuera de la isla), pueden solicitar la asistencia médica de la Unidad de Servicios Sociales y se les puede brindar apoyo a partir de la acreditación de su situación.

Como parte de los beneficios laborales, el Gobierno paga las primas a aquellos funcionarios públicos que optan por estar cubiertos por el plan de seguro médico de la Asociación de la Administración Pública, con dependientes inmediatos también cubiertos por el régimen con el pago de primas nominales.

El Ministerio de Salud y Servicios Sociales tiene la responsabilidad directa de proveer y gobernar la atención de la salud en el país. El principal centro asistencial es el Hospital de Glendon, propiedad del Gobierno. Se cuenta además con otros cuatro centros de salud, que ofrecen intervenciones de atención primaria y secundaria.

El Hospital de Glendon incluye una serie de servicios o unidades hospitalarias: laboratorio, farmacia, imagenología, fisioterapia, y servicio de asesoramiento nutricional y dietético; servicio de accidentes y emergencias; servicios médicos y quirúrgicos ambulatorios; cuidados médicos, quirúrgicos y obstétricos a pacientes hospitalizados; y servicios de ambulancia. Todo ello está apoyado por servicios de limpieza, lavandería y mantenimiento.

Existe un Programa de Especialistas Visitantes que presta servicios asistenciales en las áreas de ginecología, oftalmología y cardiología.

En los otros centros de salud se puede encontrar atención prenatal y postnatal, clínicas de bienestar infantil y servicios de inmunización, de planificación familiar y de salud mental y de nutrición. Además, el personal lleva a cabo visitas domiciliarias para el seguimiento de la atención y para quienes no puedan asistir a las clínicas. Hay una clínica dental operada por el Gobierno y una Unidad de Salud Ambiental.

La integración de la salud mental en la atención primaria de salud se está concretando y los servicios para la protección de niños y menores se han beneficiado de ello.

El sector privado de servicios médicos es pequeño y toda la atención especializada de tipo terciaria se presta en las islas vecinas (Antigua, Guadalupe), en los Estados Unidos e incluso en el Reino Unido. Los servicios de un número creciente de especialistas visitantes han sido posibles gracias a la provisión de nuevos equipos y de un presupuesto disponible para cubrir los gastos de los especialistas.

En el 2011, se disponía de 6 médicos, 45 enfermeras y un dentista, cantidad relativamente suficiente para atender a la

población local. La provisión de servicios especializados, como obstetricia y ginecología, ortopedia, urología, psiquiatría y tecnología de imagen es apoyada por médicos visitantes y otros profesionales.

El plan estratégico para la Salud 2011-2014 identificó las siguientes direcciones estratégicas: mejorar la atención primaria y secundaria, los servicios de salud mental, y mejorar los servicios de salud ambiental.

El plan estratégico del Ministerio de Salud y Servicios Sociales para el período 2016-2019 incluye áreas prioritarias, entre las que se encuentran la finalización de los proyectos de mejora de los servicios de atención primaria y secundaria, y de financiación y gestión de los servicios de salud; la revisión del departamento de salud ambiental; las políticas y el plan sobre el envejecimiento activo; y las mejoras en respuesta a emergencias, búsqueda y rescate, y en capacitación en habilidades clínicas.

LOGROS, DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS

El Ministerio de Salud y Servicios Sociales ha elaborado un plan estratégico de tres años, que está en línea con la Directiva de Políticas del Gobierno y el Plan de Desarrollo Sostenible de la isla.

Se espera que el plan resulte eficaz en el avance de temas cruciales, como la prevención y la eliminación de enfermedades (por ejemplo, las enfermedades prevenibles por vacunación) y en el progreso de la salud materna e infantil, algo que debe quedar reflejado en la mejora de sus indicadores.

En el ámbito de la prevención y el control de las enfermedades crónicas, también se espera un mejor enfoque con la ayuda de asociados regionales e internacionales.

Existe una gran motivación en el personal sanitario por los constantes (aunque lentos) avances en el enfoque multisectorial que se está utilizando para intentar reducir el ambiente obesogénico en el que viven los niños.

El Ministerio de Salud y Servicios Sociales continuará trabajando con otras entidades regionales para abordar la el tema del vector *Aedes aegypti* y así reducir el riesgo de transmisión local del dengue, el virus chikunguña y el virus del Zika.

El Gobierno de Montserrat está estudiando el diseño de un hospital, considerando las diversas propuestas sobre cómo se va a financiar la prestación de la asistencia sanitaria y la reconstrucción de los sectores de salud y sociales.

PUNTOS ADICIONALES

El Consejo de Ministros adoptó en el 2015 la política y el plan nacional de salud mental, que ya se está aplicando. Dicho plan está alineado con el plan de acción regional de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Se consideran como prioridades temas que se detectan en las encuestas, entre los que se destacan la depresión y los intentos de suicidio. Para ello, se cuenta con la reciente implementación de un sistema computacional que contribuye a la mejor detección e identificación de la depresión en la población.

El plan de salud mental plantea la integración completa de los servicios de salud mental en el entorno de atención primaria. El proceso de implementación del sistema de atención de salud mental en la atención primaria comenzó a partir del 2015.

A medida que la población esté progresivamente más informada sobre los problemas de salud mental, se espera que haya una reducción en los niveles de estigmatización y discriminación asociados con estas situaciones.



NICARAGUA

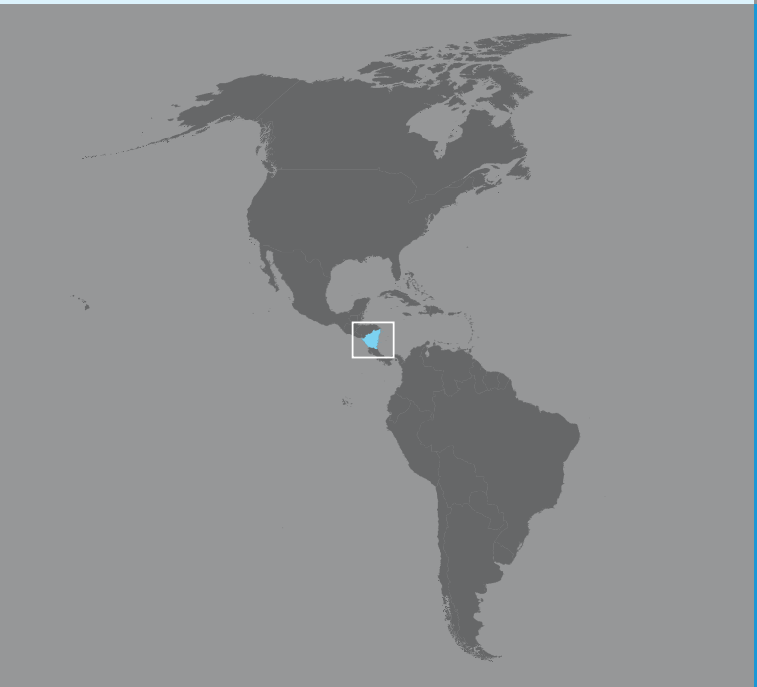
INDICADORES BÁSICOS SELECCIONADOS

1990-2015

	Valor 1990	Valor y año	Variación (%)
Ingreso nacional bruto, paridad de poder adquisitivo (PPA, US$ per cápita)	...	4 790 (2014)	...
Índice de desarrollo humano	0,495	0,604 (2014)	21,9
Promedio de años de escolaridad	4,1	6,0 (2014)	46,3
Población que usa instalaciones de agua potable mejoradas (%)	73,0	87,0 (2015)	19,2
Población que usa instalaciones de saneamiento mejoradas (%)	44,0	68,0 (2015)	54,5
Esperanza de vida al nacer (años)	64,1	75,8 (2016)	18,3
Mortalidad infantil (por 1 000 nacidos vivos)	50,8	20,0 (2012)	-60,6
Mortalidad materna (por 100 000 nacidos vivos)	...	36,9 (2014)	...
Incidencia de tuberculosis (por 100 000 habitantes)	80,0	44,7 (2013)	-44,1
Mortalidad por tuberculosis (por 100 000 habitantes)	11,0	2,7 (2013)	-75,5
Cobertura de inmunización contra el sarampión (%)	82,0	88,2 (2012)	7,6
Cobertura de atención del parto por personal cualificado (%)	...	95,0 (2014)	...



Población en 1990 (millones)	4,1
Población en el 2016 (millones)	6,3
Variación (%)	53,7



Nicaragua se ubica en América Central. Limita con Honduras, Costa Rica y los océanos Pacífico y Atlántico. Se divide administrativamente en 15 departamentos, dos regiones autónomas y 153 municipios.

Entre 1990 y el 2016, la población creció en 53,7%, alcanzando a 6,3 millones de habitantes en el 2016. En 1990 tenía una estructura de tendencia expansiva, que adquiere actualmente una tendencia estacionaria en la población menor de 20 años.

La población estimada de indígenas y afrodescendientes fue de 8,6%, con mayoría de los pueblos miskitos (27,2%) y chorotegas nahua-mange (10,4%).

La tasa global de fecundidad es de 2,1 hijos por mujer y la esperanza de vida al nacer estimada para el 2016 es de 75,8 años (78,9 en mujeres y 72,6 en hombres).

En el período 2006-2015, el crecimiento económico real aumentó de 4,2% a 4,9% a expensas del sector agropecuario, y el producto interno bruto (PIB) per cápita pasó de US$ 1 203,7 a US$ 2 026,7, con una caída de la tasa de inflación anual acumulada de 9,4% a 3,1%.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

El índice de desarrollo humano fue 0,604 en el 2014, y el coeficiente de Gini, que sintetiza la desigualdad de ingresos, descendió de 0,40 en el 2005 a 0,38 en el 2014. Entre el 2009 y el 2014, la incidencia de pobreza general disminuyó de 42,5% a 29,6%. Entre 1993 y el 2014, la pobreza extrema se redujo de 19,0% a 8,3%.

En el 2010 la tasa de desempleo fue de 7,4%, y el 53,7% de la población económicamente activa se encontraba en situación de subempleo.

Entre 1993 y el 2015, la matrícula en la educación primaria aumentó de 76% a 90%, y se logró una tasa de alfabetización global de 83,0%. Entre el 2005 y el 2012, el promedio de años de escolaridad de la población subió de 5,6 a 6,8 años.

Entre los años 1990 y el 2015, la cobertura de agua potable aumentó de 73% a 87% de la población, mientras que la cobertura de saneamiento creció de 44,0% a 68,0%.

En el período 1993-2012 se registraron un total de 44 fenómenos volcánicos. Un 69% de la población estuvo expuesta a dos o más riesgos de origen hidrometeorológico.

El Plan Nacional de Desarrollo Humano (PNDH) establece en sus lineamientos los objetivos de transformación y de desarrollo humano de la población, estableciendo una estrategia según doce lineamientos que combinan una continuidad de las políticas con la incorporación de nuevas prioridades. Parte de sus objetivos se dirigen a mejorar las condiciones de vida de los sectores más vulnerables.

SITUACIÓN DE LA SALUD Y DEL SISTEMA DE SALUD

La razón de mortalidad materna disminuyó de 160 a 36,9 por cada 100 000 nacidos vivos entre los años 1990 y el 2014. La principal causa de muerte son las hemorragias puerperales.

Entre el 2006 y el 2012 aumentó la cobertura de atención de salud materna, incluidos el diagnóstico precoz del embarazo (de 38,4% a 49,1%), la cobertura de control prenatal (de 91,0% a 95,1%), la cobertura de control puerperal (de 47,6% a 69,3%), y los partos institucionalizados (de 62,8% a 75,2%).

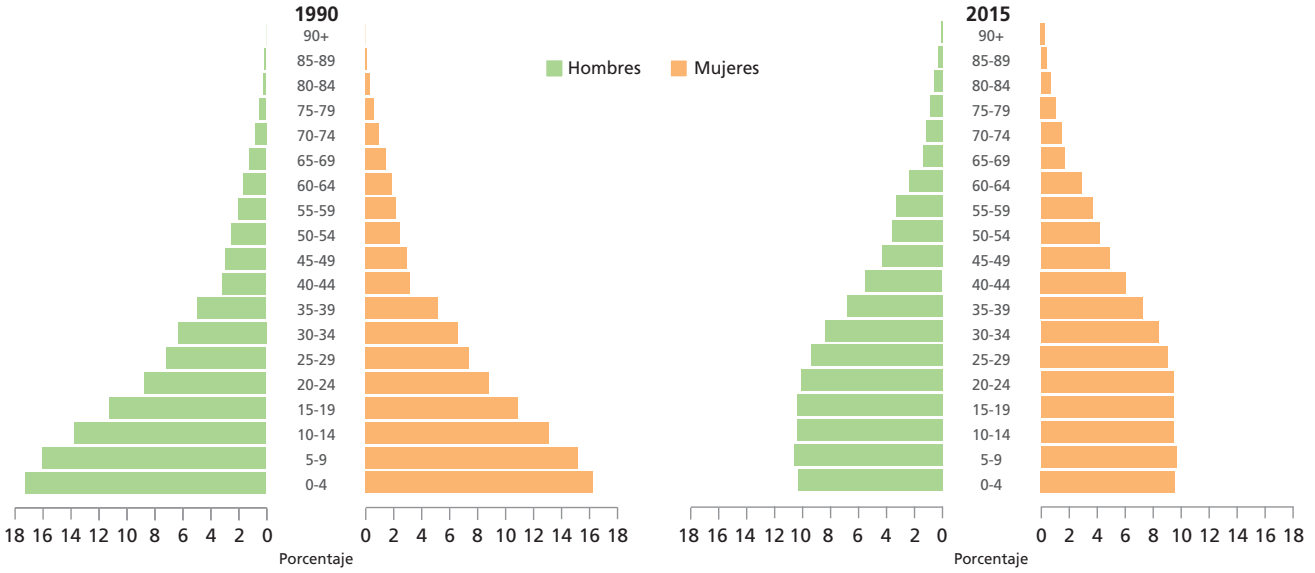
Entre el 2001 y el 2012, la tasa de mortalidad infantil se redujo de 41 a 20 muertes de menores de un año por 1 000 nacidos vivos, a expensas de la mortalidad posneonatal o infantil tardía, mientras que la tasa de mortalidad neonatal se redujo solo de 8 a 7 por cada 1 000 nacidos vivos.

Entre el 2006 y el 2012, la desnutrición crónica en los menores de 5 años disminuyó de 21,7% a 17,3%, y la desnutrición global, de 5,5% a 5,0%.

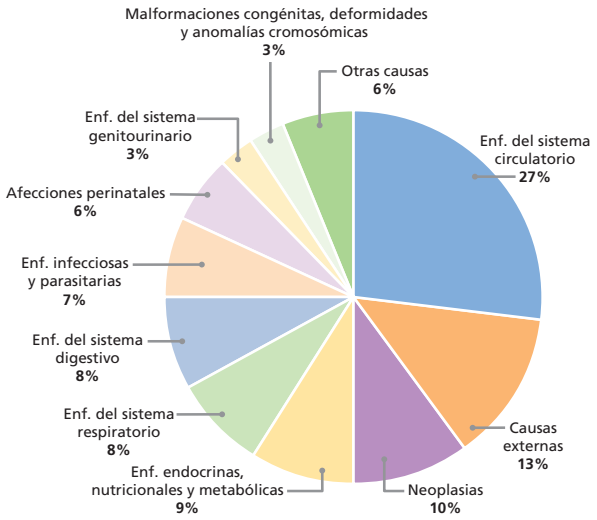
En el período 2006-2012, la cobertura de vacunación global se mantuvo en torno a 85,0%. Se observó una reducción de 95,1% a 94,3% de la tercera dosis de las vacunas triple bacteriana y pentavalente, y aumentó la tercera dosis de la vacuna contra el virus de la poliomielitis, de 95,1% a 95,8%. Las coberturas de las vacunas de la tuberculosis (99%) y de la triple vírica (sarampión, parotiditis y rubéola) (88,2%) se mantuvieron estables.

En el 2012, 54,7% de los adolescentes tuvieron problemas de salud en los 30 días previos. Las causas de enfermedades ambulatorias más frecuentes fueron las afecciones del sistema respiratorio (47,6%), el sistema genitourinario (9,6%)

Estructura de la población según edad y sexo, Nicaragua, 1990 y 2015



Mortalidad proporcional (% defunciones totales, todas las edades, ambos sexos), 2013



y el sistema digestivo (7,5%). De los adolescentes, 4,8% presentaban retraso en el crecimiento, 4,7% eran obesos y 19,5% tenían sobrepeso. El 67% sufrían algún trastorno de salud mental.

Los principales motivos de consulta en adultos de 60 años y más correspondió a hipertensión arterial (31,0%), diabetes mellitus (28%) y artritis reumatoide (15%). Un 13,5% de este grupo etario reporta algún tipo de discapacidad.

En el período 2005-2013, la tasa de mortalidad bruta (para ambos sexos) pasó de 117 a 123 muertes por 100 000 habitantes, para un total de 123 años de vida perdidos por 1 000 habitantes. Las enfermedades del sistema circulatorio causaron 27% de las muertes; las causas externas, 13%; y las neoplasias, 10%.

Las principales causas de muerte por enfermedades crónicas no transmisibles son las enfermedades isquémicas del corazón (47,9 por 100 000 habitantes), las enfermedades cerebrovasculares (22,8) y la diabetes mellitus (28,7).

Entre los años 2005 y 2015, la tasa de morbilidad por dengue confirmado aumentó de 3,4 por 10 000 habitantes a 8,0. Entre el 2005 y el 2013, también se elevó la tasa de incidencia de la enfermedad de Chagas, que pasó de 0,01 a 0,44 casos por 10 000 habitantes.

La leishmaniasis continúa siendo una enfermedad endémica controlada, mientras que la leptospirosis registró un aumento en la tasa de morbilidad de 0,16 a 1,11 por 10 000 habitantes entre el 2005 y el 2015.

La rabia canina aún está presente en algunos municipios de mayor ruralidad.

En el 2005 comenzó a reducirse la incidencia de malaria; sin embargo, en los años 2015-2016 se observó un incremento del 50% de los casos.

La tasa de incidencia de tuberculosis fue de 44,7 casos por 100 000 habitantes en el 2013. Entre el 2005 y el 2013, 113 de los casos de tuberculosis mostraban resistencia a múltiples fármacos.

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) continúa afectando principalmente a la población joven y económicamente activa. Se estima que, en el 2014, había 10 036 adultos y niños que vivían con el virus. La transmisión por vía sexual representó 98,0% de los casos.

En el 2016, la prevalencia de diabetes se estimó en 8,1% (9,0% en mujeres y 7,2% en hombres); esta enfermedad se relaciona con 6,0% de todas las causas de defunciones en el país. La prevalencia de hipertensión arterial en el 2010 fue de 7,5% en el estadio tipo I y de 2,4% en el estadio tipo II.

Entre el 2005 y el 2015, la tasa de accidentes de tránsito se duplicó. Hubo 35 casos de discapacidad secundaria y 1,3 muertes por cada 1 000 accidentes. La tasa de mortalidad por accidentes fue de 10,2 por 100 000 habitantes.

La prevalencia de discapacidad en el año 2010 fue de 2,5% (25,9%, discapacidad intelectual; 12,7%, sensorial; 10,1%, auditiva).

Entre los años 2006 y el 2012, descendieron 25% los indicadores de violencia doméstica (verbal, psicológica, física y sexual). A pesar de ello, en el 2012 se constató que 67,3% de las mujeres de 15 a 49 años de edad había sufrido alguna vez violencia física o sexual.

En el 2012, 46,1% de la población adulta presentó sobrepeso y 15,5% obesidad (9,7% de hombres y 21,1% de mujeres).

En el 2014, el consumo de tabaco fue de 14,2% (18,5% en hombres y 9,7% en mujeres), con una prevalencia de 25,1% en los jóvenes. El consumo per cápita anual de alcohol fue de 5 litros, y 10% de la población se declaró consumidora de alcohol.

El sistema de la salud está conformado por un sector público y otro privado. El público está constituido por el Ministerio de Salud, el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS) y los Servicios Médicos del Ejército y la Policía.

El Ministerio de Salud es el rector sanitario y el principal prestador de servicios, con una cobertura de 65%; el INSS aporta una cobertura de 18%, y la Gobernación y el Ejército, de 6,0%.El resto lo atienden las instituciones privadas y las organizaciones no gubernamentales.

Entre el 2005 y el 2015, las unidades de salud de la red de servicios del Ministerio de Salud aumentaron en aproximadamente 50%, alcanzando a 5 143 camas hospitalarias (8,1 por 10 000 habitantes) en el sector público.

En ese período, la disponibilidad de trabajadores de la salud también aumentó en 50%. En el 2015, la disponibilidad de médicos era de 9,3 por 10 000 habitantes; la de enfermeras, 7,5; la de auxiliares de enfermería, 6,3; y la de técnicos de salud, 7,1.

En el período 2000-2013, el gasto total en salud aumentó de 3 938.1 a 10 874,7 millones de US$, pasando el gasto en salud como porcentaje del PIB de 7,0 a 6,2; disminuyendo el gasto privado de 46,6% a 40,5%; y aumentando el gasto total en salud per cápita de 53,9 US$ a 113,4 US$.

Los convenios establecidos entre el Instituto de Ciencias Sostenibles en Managua y la Universidad de California en Berkeley con el Ministerio de Salud han permitido avanzar en la investigación de las enfermedades infecciosas.

El Estado cuenta con un Sistema de Información en Salud, diseñado en una plataforma web, que contiene módulos de estadísticas vitales (nacimientos y defunciones), e incorpora esa información como base central al registro nacional de las personas en Nicaragua. En el 2016, se estaban impartiendo los módulos de Expediente Clínico, Gestión Hospitalaria y Primer Nivel de Atención en Salud mediante este sistema.

LOGROS, DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS

En el 2011 se obtuvo la certificación internacional de interrupción de la transmisión vectorial del *Trypanosoma cruzi* por *Rhodnius prolixus* en la enfermedad de Chagas.

El Programa de Agua y Saneamiento ha logrado aumentar de forma importante la cobertura en ese ámbito y cumplir con los respectivos Objetivos de Desarrollo del Milenio.

El Plan Nacional de Desarrollo Humano de Nicaragua establece lineamientos orientados al desarrollo humano de la población. En lo relativo a las condiciones de vida de los sectores más vulnerables, la política de salud se enfoca en restituir el derecho a un medio ambiente sano, mediante la salud preventiva, y la recepción de servicios integrales e integrados, gratuitos y de calidad, mediante la implementación del Modelo de Salud Familiar y Comunitario.

El Modelo de Salud Familiar y Comunitario orienta la acción sectorial de salud a través de la inserción de personas, familias, comunidades y otros actores sociales, permitiendo un abordaje sistemático e integral de la respuesta social a problemas endémicos y epidémicos.

La formación continua de los recursos humanos es clave para responder a las transferencias de tecnologías, a las demandas sanitarias y a la ejecución de la estrategia nacional de salud. La falta de recursos humanos dedicados exclusivamente al desarrollo de *software* limita el avance de la construcción del sistema de información en salud; entre los desafíos pendientes se pueden mencionar la articulación de las plataformas y la codificación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica en el Centro Nacional de Diagnósticos y Referencias.

Se debe mejorar el desarrollo de capacidades para la intervención intersectorial en la estrategia de gestión integrada de arbovirosis, para el control del dengue, el virus del Zika y el chikunguña.

Para abordar estos desafíos se requieren mejores sistemas de información, el análisis de la salud, la documentación de buenas prácticas, la generación de evidencia y la gestión del conocimiento, basada en redes de cooperación.

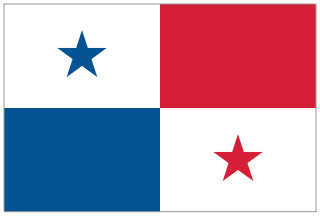
PUNTOS ADICIONALES

Entre los logros relacionados con el sistema de salud, destaca la aprobación y puesta en práctica de 146 leyes y 85 decretos legislativos, lo que ha permitido mejorar las capacidades institucionales y la rectoría del sector de la salud.

La implementación del Modelo de Salud Familiar y Comunitario y su articulación intersectorial e interinstitucional, junto con la renovación de la infraestructura sanitaria y el equipamiento tecnológico, han logrado mejorar el acceso y la cobertura usando un enfoque en las redes integradas de servicios de salud.

Entre el 2005 y el 2015, el Ministerio de Salud aumentó de modo importante sus recursos humanos y los centros de su red asistencial.

El aumento en la formación de los recursos humanos y de salud en todas las políticas, bajo un enfoque intersectorial y acorde con la política nacional, ha sido fundamental en la promoción de la salud de la población.



PANAMÁ

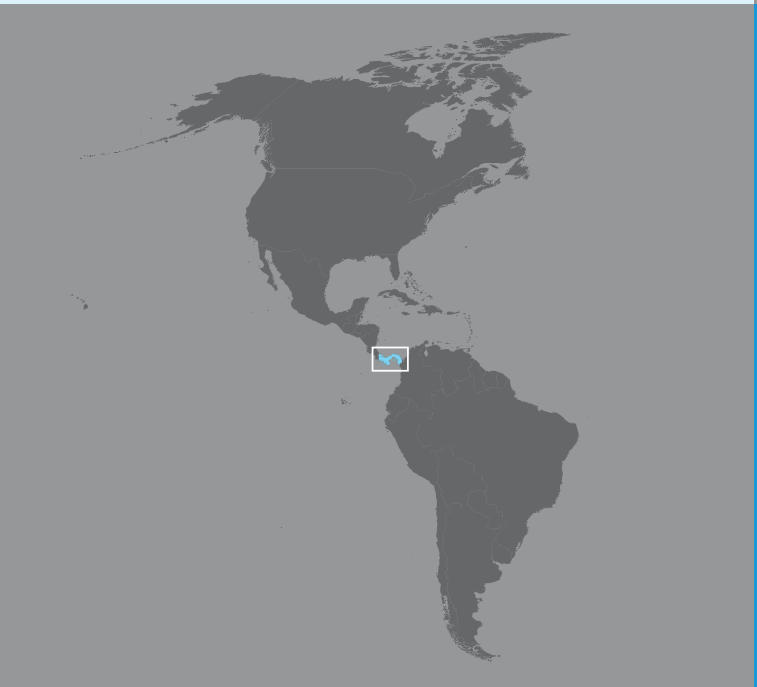
INDICADORES BÁSICOS SELECCIONADOS

1990-2015

	Valor 1990	Valor y año	Variación (%)
Ingreso nacional bruto, paridad de poder adquisitivo (PPA, US$ per cápita)	...	19 930 (2014)	...
Índice de desarrollo humano	0,662	0,78 (2013)	17,8
Promedio de años de escolaridad	7,3	9,3 (2014)	27,0
Población que usa instalaciones de agua potable mejoradas (%)	84,0	95,0 (2015)	13,1
Población que usa instalaciones de saneamiento mejoradas (%)	59,0	75,0 (2015)	27,1
Esperanza de vida al nacer (años)	73,0	78,0 (2015)	6,8
Mortalidad infantil (por 1 000 nacidos vivos)	25,8	13,8 (2014)	-46,5
Mortalidad materna (por 100 000 nacidos vivos)	...	58,5 (2014)	...
Incidencia de tuberculosis (por 100 000 habitantes)	40,0	37,7 (2013)	-5,8
Mortalidad por tuberculosis (por 100 000 habitantes)	8,3	4,8 (2013)	-42,2
Cobertura de inmunización contra el sarampión (%)	73,0	100,0 (2015)	37,0
Cobertura de atención del parto por personal cualificado (%)	...	93,9 (2015)	...



Población en 1990 (millones)	2,5
Población en el 2015 (millones)	4,0
Variación (%)	60,0



Panamá se encuentra en América Central, entre los océanos Pacífico y Atlántico y el mar Caribe, y limita con Colombia y Costa Rica. La subdivisión político-administrativa comprende 10 provincias, 77 distritos o municipios, cinco comarcas indígenas y 655 corregimientos.

Entre 1990 y el 2015 la población creció 60%, y alcanzó a 4 037 043 habitantes en el 2015. Su estructura se hizo menos expansiva y más envejecida. La población indígena representa 12,3% del total.

En el 2015, la esperanza de vida al nacer fue de 78,0 años (80,6 en mujeres y 73,4 en hombres) y de 70,0 años en las comarcas indígenas.

La situación económica está determinada sobre todo por la actividad aeroportuaria y el comercio del Canal de Panamá y de la Zona Libre de Colón.

El crecimiento estimado del producto interno bruto (PIB) para el 2016 fue de 6,2%, el más alto de la Región de las Américas.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

En el 2014, la pobreza general era 21,4% (11,9% en zonas urbanas y 41,0% en las rurales). La pobreza extrema alcanzó 11,5% (3,3% en las zonas urbanas y 28,0% en las rurales).

En el 2016, la tasa de desempleo de la población activa era 5,2%. La participación en el mercado laboral de los hombres era 79,5% y de las mujeres, 51,2%.

El Canal de Panamá aporta 2% del producto interno bruto (la Zona Libre de Colón, que llegó a aportar 8% del PIB, se redujo 12% entre el 2013 y el 2014.

En el 2015, la cobertura de agua mejorada en el país fue 95% (98% en las zonas urbanas y menos de 50% en las comunidades rurales e indígenas). En cuanto a los servicios de saneamiento, se cubría a 75% de la población (84% en las zonas urbanas y 58% en las rurales).

No se conoce el impacto en la salud de la creciente deforestación ni de las iniciativas de desarrollo de energía, tales como centrales termoeléctricas o hidroeléctricas, algunas de las cuales afectan directamente a las poblaciones indígenas, pues se encuentran parcialmente dentro de sus comarcas.

Durante el 2016, se abrieron 2 119 investigaciones sobre delitos relacionados con las drogas; más de la mitad (53,6%) por posesión y 11,8%, por tráfico.

El país afronta importantes problemas de desigualdad socioeconómica y de salud entre la población urbana y la rural. Las condiciones de la población indígena son menos ventajosas y esta presenta mayor vulnerabilidad en salud.

La población de áreas más marginadas tiene una menor cobertura de servicios y de acceso a la atención de salud.

SITUACIÓN DE LA SALUD Y DEL SISTEMA DE SALUD

La razón de mortalidad materna fue de 58,5 muertes por 100 000 nacidos vivos en el 2014 (30,6 en las zonas urbanas y 110,8 en las rurales). En el 2014, la mortalidad infantil fue de 13,8 muertes por 1 000 nacidos, con una variación geográfica que fluctúa entre 21,0 en la comarca de Guna Yala y 6,6 en Los Santos.

La tasa de mortalidad general a nivel nacional fue de 4,6 muertes por 1 000 habitantes en el 2014.

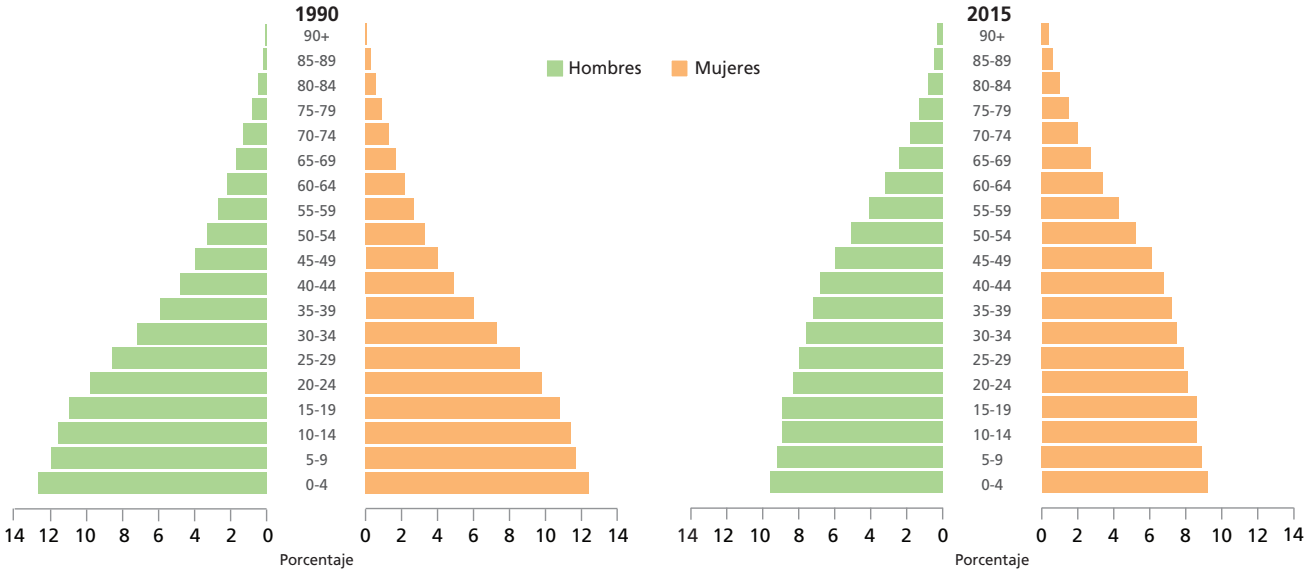
Las enfermedades del sistema circulatorio causaron 28% de las muertes y las neoplasias, 17%.

La incidencia de malaria se mantuvo estable, sin defunciones en los últimos años. Más de 90% del total de casos se registraron en las comarcas indígenas. En el caso del dengue, del 2011 al 2015, la letalidad ha sido de 0,17% y circularon los serotipos 1, 2 y 3.

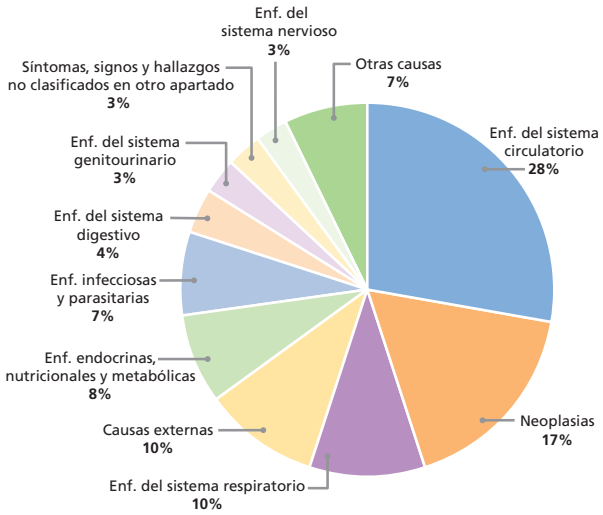
La leishmaniasis cutánea es endémica en Bocas del Toro, Coclé, Colón y Panamá Oeste, aunque su incidencia ha disminuido. En el 2015, se diagnosticaron 72 casos confirmados de Chagas, 35 de ellos en bancos de sangre.

Los primeros 68 casos de virus chikunguña se confirmaron en el 2014, sin defunciones. A finales del 2015 se notificó el primer brote autóctono del virus del Zika, con cuatro casos de microcefalia y tres de síndrome de Guillain-Barré.

Estructura de la población según edad y sexo, Panamá, 1990 y 2015



Mortalidad proporcional (% defunciones totales, todas las edades, ambos sexos), 2014



En el 2015, la prevalencia estimada de infección por el virus de la inmunodeficiencia adquirida (VIH) en la población general fue 0,6% y en mujeres embarazadas, 0,4%. La incidencia de tuberculosis disminuyó de 63,3 casos por 100 000 habitantes en el 2005 a 46,5 en el 2014.

En el 2010, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus eran los principales factores de riesgo asociados a enfermedades cardiovasculares en la población adulta.

En el 2013, 15,9% de los niños en edad escolar (primer grado) presentaban desnutrición crónica y 3,4%, talla baja grave. La desnutrición crónica es mayor en áreas con población indígena. La anemia afecta a 33,8% de los niños de 6 a 59 meses y a 23,2% de las mujeres embarazadas.

En el 2008, se observó un incremento en el sobrepeso a nivel nacional, con una prevalencia de 10% en preescolares, 30% en niños en edad escolar, 25% en adolescentes y 57% en adultos.

En el 2012, la prevalencia del consumo de tabaco en mayores de 15 años era de 6,4%, alcanzando 11,6% en los hombres jóvenes de 13 a 15 años de edad. El consumo estimado de alcohol en mayores de 15 años era de 5,5 litros de alcohol puro al año, con una edad promedio de inicio del consumo de 12 años.

El Ministerio de Salud tiene la responsabilidad de determinar, regular y conducir la política de salud del Gobierno y las políticas esenciales de salud pública. El sistema público de salud está conformado por el Ministerio de Salud, organizado en 15 regiones sanitarias, y la Caja de Seguridad Social (CSS), con una organización paralela y por niveles de complejidad.

La prestación de servicios de salud, el financiamiento y el aseguramiento son compartidos entre el Ministerio de Salud y la CSS. El país destina 7,6% de su PIB a gastos de salud pública, que en 23,2% corresponde a gasto privado en la salud. De la asignación del gasto público en salud, 70% se destina al CSS y 30% al Ministerio de Salud.

El sector público de salud, cubre a 100% de la población. En el 2015, el Ministerio de Salud proveía servicios a 47% de la población en virtud de acuerdos entre ambas instituciones para atender a asegurados en áreas sin instalaciones de la CSS; la población afiliada a la CSS alcanzó 84,4% ese mismo año. Se cuenta con 2,3 camas hospitalarias por 1 000 habitantes y 7,2 médicos especialistas por 10 000 habitantes.

La red conjunta de servicios está constituida por un total de 912 establecimientos, de los que 836 pertenecen al Ministerio de Salud y 76 a la CSS (casi todos los centros de la CSS son de segundo y tercer nivel). Las comarcas indígenas y las zonas rurales de difícil acceso las cubre el Ministerio de Salud, con servicios ambulatorios que prestan atención básica.

Existen servicios de salud privados a los que se accede por demanda o por medio de seguros privados de salud. Los servicios de salud aún no están suficientemente organizados en redes integradas, lo que da lugar a duplicidad y vacíos de atención, provocando la fragmentación del sistema asistencial de salud. Esto dificulta la implementación de la estrategia de atención primaria en salud.

La fragmentación también es resultado de la gestión hospitalaria con autonomía por independencia jurídica y gestión mixta, lo que da lugar a tiempos de espera prolongados en la atención médico-quirúrgica, entre otros. Se ha priorizado la transformación del sistema de salud en el período 2016-2025, incluida en la nueva Política Nacional de Salud, formulada sectorialmente y conducida por el Ministerio de Salud.

El Estado ha invertido en mejorar la producción de información científica, que aún no está suficientemente disponible. Se han incorporado herramientas de gestión de la información para la atención sanitaria y la vigilancia epidemiológica, entre los que destaca el expediente electrónico y el Sistema para la Vigilancia Epidemiológica.

Durante el quinquenio 2010-2015 aumentó el desarrollo e incorporación de tecnologías para la gestión y la prestación de servicios de salud. Se construyeron cinco hospitales y 20 centros de atención primaria en salud innovadora.

LOGROS, DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS

En la actualidad, las enfermedades crónicas no transmisibles (sobre todo las del sistema circulatorio) son las principales causas de muerte, tanto en hombres como en mujeres. Dado que su prevalencia aumenta con la edad y dado que el proceso de envejecimiento de la población continuará, se espera que las enfermedades crónicas sigan aumentando en el futuro.

Este escenario plantea la necesidad de que el país, de forma global y más allá del sector salud, aborde los factores de riesgo de dichos determinantes. También es necesario adecuar el sistema de salud para ser capaz de dar una respuesta suficiente.

El país debe enfrentar las marcadas desigualdades existentes entre la población urbana y la rural, tanto en lo que respecta a los determinantes sociales como a la situación de salud de los diversos grupos de población.

Es necesario resolver las diferencias en la cobertura de servicios y en el acceso a servicios integrados de salud de calidad, lo que requiere mayor disponibilidad y mejor distribución de los recursos humanos, la infraestructura sanitaria de todo tipo, la tecnología sanitaria, los medicamentos y otros insumos médicos.

Los planes gubernamentales prevén la modernización del aparato estatal mediante un proceso de transformación del sistema de salud. Esta transformación tiene como objetivo fortalecer el rol rector del Ministerio de Salud, mejorar la eficiencia de los servicios y garantizar el acceso a servicios de mejor calidad, con especial atención en las poblaciones más vulnerables.

PUNTOS ADICIONALES

El país ha resuelto abordar el tema del consumo de tabaco, bajo la consideración de que a menos que se emprendan acciones enérgicas (en especial promoviendo medidas efectivas de prevención de tabaquismo en los jóvenes), es muy probable que el consumo de tabaco siga aumentando.

Panamá ha logrado implementar por completo las medidas y recomendaciones establecidas en el Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco. El país ratificó el protocolo para eliminar el comercio ilícito de productos del tabaco.

Con ese fin, se aprobó la legislación que asegura ambientes libres de humo de tabaco, se agrandaron las advertencias sanitarias gráficas, se prohibió cualquier tipo de publicidad, se vedó la promoción y el patrocinio del tabaco (incluida la exhibición del producto en el punto de venta) y se encarecieron los impuestos al tabaco (y se destina parte de ellos a salud pública y aduanas).

Esto se ha traducido en la reducción de la prevalencia del consumo de tabaco en la población adulta a 6,4% (la más baja de la Región y una de las más bajas del mundo). Además, se pudo cooperar técnica y financieramente para mejorar el control del tabaco en la Región.



PARAGUAY

INDICADORES BÁSICOS SELECCIONADOS

1990-2015

	Valor 1990	Valor y año	Variación (%)
Ingreso nacional bruto, paridad de poder adquisitivo (PPA, US$ per cápita)	...	8 470 (2014)	...
Índice de desarrollo humano	0,580	0,679 (2013)	17,1
Promedio de años de escolaridad	5,8	8,1 (2014)	39,7
Población que usa instalaciones de agua potable mejoradas (%)	53,0	98,0 (2015)	84,9
Población que usa instalaciones de saneamiento mejoradas (%)	52,0	89,0 (2015)	71,2
Esperanza de vida al nacer (años)	68,0	70,1 (2015)	3,1
Mortalidad infantil (por 1 000 nacidos vivos)	36,9	14,2 (2013)	-61,5
Mortalidad materna (por 100 000 nacidos vivos)	...	81,8 (2015)	...
Incidencia de tuberculosis (por 100 000 habitantes)	66,0	55,0 (2013)	-16,7
Mortalidad por tuberculosis (por 100 000 habitantes)	4,6	2,9 (2013)	-37,0
Cobertura de inmunización contra el sarampión (%)	69,0	66,0 (2015)	-4,3
Cobertura de atención del parto por personal cualificado (%)	...	96,2 (2015)	...



Población en 1990 (millones)	4,2
Población en el 2015 (millones)	6,8
Variación (%)	59,5



Paraguay se encuentra en el centro de América del Sur; limita con Argentina, Bolivia y Brasil. Se divide administrativamente en 17 departamentos y un distrito capital, Asunción.

En el 2015, la población ascendía a 6 755 756 millones de habitantes. El 1,8% de la población es indígena.

La población aumentó 59,5% entre 1990 y el 2015. Su estructura se ha vuelto menos expansiva y estacionaria en los grupos de edad menores a de 20 años. La esperanza de vida al nacer fue de 70,1 años en el 2015.

La economía paraguaya se encuentra en crecimiento. Es el mayor exportador de energía eléctrica en las Américas, además de ser el cuarto exportador de soja y el sexto de carne bovina en el mundo.

Durante la última década, la economía paraguaya creció a un promedio anual de 5%. Su producto interno bruto (PIB) per cápita fue US$ 8 911 en el 2014, mientras que el ingreso nacional bruto per cápita fue de US$ 8 470 ese año.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

En el período 2010-2015, la tasa de ocupación osciló entre 90% y 92%. Los trabajadores por cuenta propia constituyen el principal grupo laboral (33,5%). Entre el 2009 y el 2014, la población que vive bajo el umbral de la pobreza (menos de US$ 4 diarios) disminuyó de 32,5% a 18,8%.

En el 2015, 98% de los hogares tenían acceso a agua potable. La cobertura de alcantarillado sanitario en Paraguay era de 12,3%. El 42,8% de los hogares contaba con cámara séptica y pozo absorbente, 26,7% tenía pozo ciego con arrastre de agua y 18% contaba con sistema de letrinas.

La cobertura del servicio de recolección domiciliaria de basuras es 52% (76% en las zonas urbanas y 16,3% en las rurales). El 15% de los municipios de las zonas urbanas cuenta con un vertedero habilitado.

En los últimos 50 años, Paraguay perdió casi 90% de su cobertura boscosa original. Los principales desastres naturales han estado relacionados principalmente con inundaciones y sequías, en especial por el fenómeno de El Niño y en algunas zonas del Chaco paraguayo.

Actualmente el país presenta zonas libres de fiebre aftosa gracias a la vacunación.

SITUACIÓN DE LA SALUD Y DEL SISTEMA DE SALUD

La razón de mortalidad materna reportada fue de 81,8 por 100 000 nacidos vivos en el 2015. Las causas principales fueron la toxemia, la hemorragia postparto y las complicaciones del aborto.

En el 2013, de las mujeres embarazadas, 80,6% realizaron al menos cuatro consultas prenatales y 96,2% de los partos se atendieron en instituciones de salud. El 18,3% de nacimientos ocurrió de madres adolescentes (de 15 a 19 años de edad).

La mortalidad de los menores de 1 año y los menores de 5 años fue de 14,2 y 16,8 muertes por 1 000 nacidos vivos, respectivamente. Las principales causas de muerte fueron la neumonía, la gripe y las diarreas.

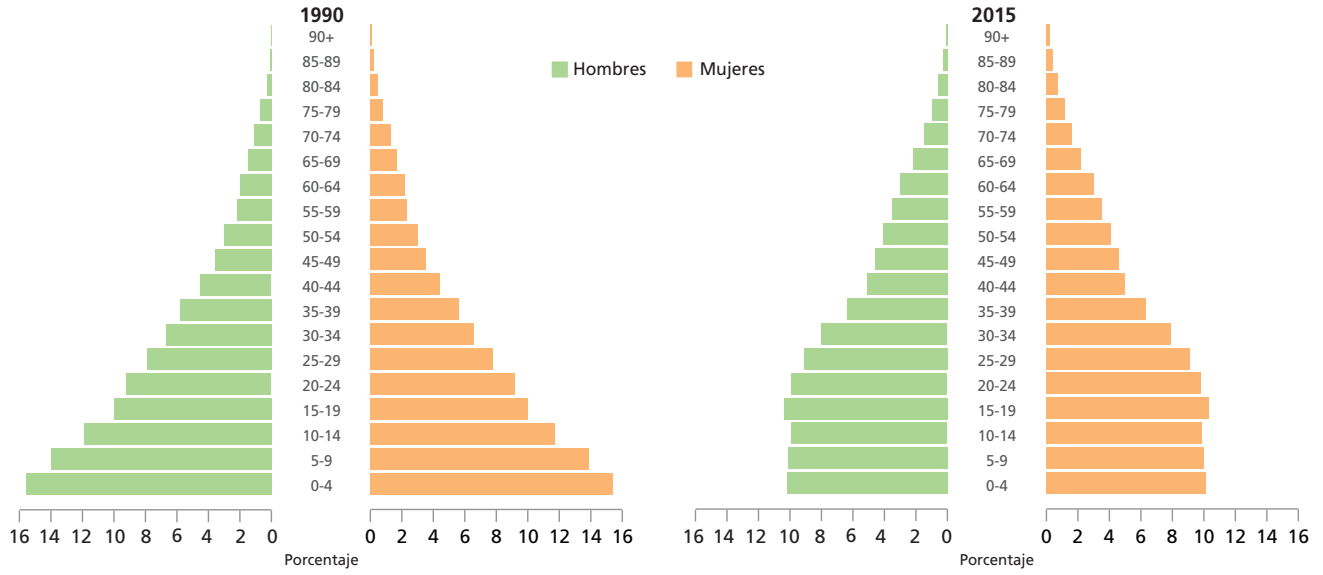
En el 2015, las coberturas de vacunación alcanzaron 89% con la vacuna pentavalente (DPT3) y 66% con la vacuna contra el sarampión. En el esquema nacional se incorporaron seis nuevas vacunas para prevenir la varicela, la gripe, la hepatitis A, la tos ferina, las infecciones por virus del papiloma humano y por neumococos.

En el 2014, 25% de las muertes fueron causadas por enfermedades del sistema circulatorio, 15% por neoplasias y 11% fueron síntomas y signos mal definidos, no clasificados en otro apartado. Las principales causas específicas de muerte fueron la cardiopatía isquémica y la enfermedad cerebrovascular.

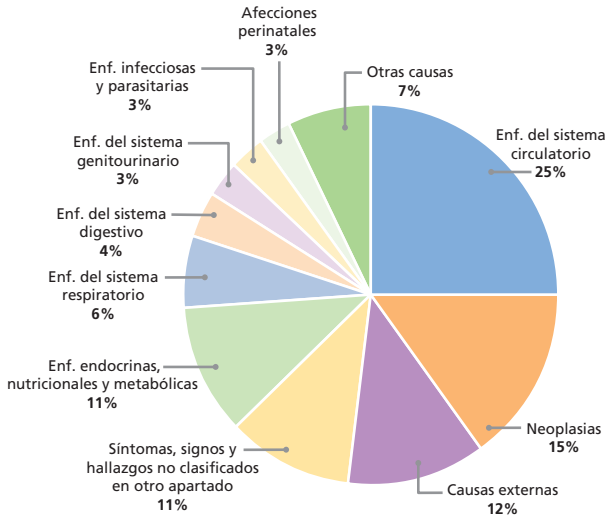
A su vez, las principales causas de muerte en la población indígena fueron las enfermedades del sistema respiratorio, los accidentes, la tuberculosis, las enfermedades nutricionales y la anemia, y los homicidios.

En el 2008 se informó del último brote de fiebre amarilla en Paraguay, con un total de 28 casos registrados. Luego, en el 2013, se registró una de las mayores epidemias de dengue de su historia, que provocó 133 718 casos y 251 defunciones. En junio del 2014 se notificó la introducción del virus chikunguña, y más tarde, en el 2015, del virus del Zika. El país ha logrado

Estructura de la población según edad y sexo, Paraguay, 1990 y 2015



Mortalidad proporcional (% defunciones totales, todas las edades, ambos sexos), 2014



eliminar la transmisión autóctona de la malaria y se ha conseguido eliminar la transmisión vectorial de la enfermedad de Chagas en 17 de los 18 departamentos.

Durante el último quinquenio, el país no registró casos autóctonos de sarampión, rubéola y síndrome de rubéola congénita. En el 2014 se declaró formalmente a Paraguay libre de la transmisión endémica de estas enfermedades. En el 2015 se inició la planificación de la fase final de erradicación de la poliomielitis, con la introducción de la vacuna antipoliomielítica inactivada.

Se estima que en el 2015 había 17 564 personas con la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Más de la mitad de ellos tenían entre 20 y 34 años de edad. La sífilis congénita es de 4 casos por 1 000 nacidos vivos.

La incidencia de tuberculosis es de 55 casos por 100 000 habitantes, con una tasa de mortalidad de 2,9 defunciones por 100 000 habitantes.

Se estima que 10,7% de la población presenta alguna discapacidad. Las formas más frecuentes son la multidiscapacidad (28%), la disfunción de aparatos y sistemas (28%), la discapacidad física (19%) y la visual (18%).

El 32,3% de la población reporta un diagnóstico de hipertensión arterial y 9,7%, de diabetes mellitus. La obesidad afecta a 23,2% de la población.

En el 2011, la prevalencia de desnutrición aguda en menores de 5 años era de 5,2% y de desnutrición crónica, de 12,9%. El 26% de los niños en edad escolar y de los adolescentes presenta sobrepeso y obesidad. En los mayores de 20 años esta cifra alcanza 57%.

En el 2011, 14,5% de los adultos reportaba consumo de tabaco, y 50,9% había bebido alcohol en el último mes. Destacaba que el consumo excesivo de alcohol fue de 75,2% en el último año. Reportaron haber consumido marihuana y cocaína alguna vez 5,7% y 2%, respectivamente.

Del 2009 al 2013, hubo un aumento en las defunciones por accidentes de tránsito de 2,1 puntos porcentuales. En el caso de las motocicletas, el porcentaje de defunciones ha aumentado de 44,4% a 55,8%.

El Sistema Nacional de Salud está integrado por los sectores público, privado y mixto. Presenta diversas modalidades de financiamiento, regulación, afiliación y provisión de servicios. La autoridad sanitaria la ejerce el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

El sector público está constituido por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, las sanidades militar, policial y de la Armada, el Instituto de Previsión Social (IPS), el Hospital de Clínicas y el Centro Materno Infantil. El sector privado cuenta con entidades sin fines de lucro y otras lucrativas. El Ministerio y el IPS son las instituciones de atención sanitaria que cubren 95% de la población. El gasto corriente total en salud en el año 2014 era de 7,7%, del PIB, 54,3% del cual correspondia al sector público y 45,7%, al privado.

La dotación de los servicios de salud se concentra en las zonas urbanas y más del 90% de los establecimientos de salud se encuentra en la Región Oriental, donde reside más de 95% de la población del país. Se cuenta con 34,4 profesionales de salud por 10 000 habitantes (que oscila entre 69,3 en la capital y 7,9 en Alto Paraná). El 8,2% de los profesionales trabajan en el primer nivel de atención.

La atención primaria de salud tiene particular relevancia, pero su cobertura actual alcanza a menos de 30% de la población. Como parte del esfuerzo realizado para mejorar el primer nivel de atención y el acceso a servicios de salud, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social inició la conformación de las unidades de salud de la familia en diciembre del 2008. Los años 2015 y 2016 cerraron con 754 y 796 de estas unidades, respectivamente.

El Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) ha desarrollado sistemas de información epidemiológica, económica financiera y administrativa, sociodemográfica y de carácter clínico.

LOGROS, DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS

Se han logrado importantes avances orientados a garantizar el derecho pleno a la salud de toda la población. Entre el 2011 y el 2015 aumentó la cobertura del quintil más pobre de población, hasta alcanzar 66% en ese grupo.

Ese logro fue favorecido por la gratuidad de los servicios y por los avances en la articulación y mayor capacidad resolutiva de la Red Integrada de Servicios de Salud.

Se avanzó en la eliminación de la malaria, el sarampión y la rubéola congénita, con posibilidades de eliminar la rabia y la enfermedad de Chagas. También se lograron avances en el desarrollo y la incorporación de las tecnologías de la información y la comunicación.

Aunque por ley la autoridad sanitaria es el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, la rectoría que ejerce es débil y, en la práctica, el Sistema Nacional de Salud trabaja de forma descoordinada y fragmentada, con diversas modalidades de financiamiento, regulación, afiliación y provisión de servicios.

El creciente gasto directo de bolsillo (60%) relacionado con la atención de salud está siendo considerado en las estrategias de la Política Nacional de Salud 2015-2030. Estas deberán extenderse a todo el territorio nacional hasta lograr una transformación sustancial que garantice a los ciudadanos el derecho a la salud.

El aumento de la prevalencia de las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo representa un desafío. Para responder a este, se han creado políticas, instrumentos legales y planes estratégicos orientados a la prevención de los factores de riesgo y la atención de las enfermedades. Este esfuerzo debe dirigirse a enfatizar y garantizar una respuesta nacional intersectorial e integral, con una fuerte participación ciudadana.

PUNTOS ADICIONALES

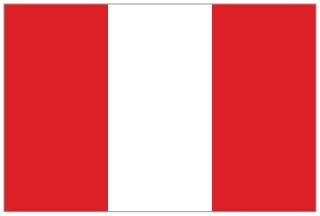
La Constitución Nacional de la República Paraguaya consagra el derecho a la salud en relación con los derechos a la vida, a la integridad física y mental, y la calidad de vida, en la que se establece la responsabilidad del Estado como garante de ella.

En Paraguay se aprobó en septiembre del 2015 la Ley de Salud Indígena, elaborada en consulta con los pueblos indígenas.

A pesar de los avances logrados en la cobertura de servicios de salud, aún es necesario seguir expandiendo el acceso y cobertura, especialmente en los grupos más vulnerables. Uno de los esfuerzos es continuar con la creación de las unidades de salud de la familia.

Estas unidades constituyen la estructura física en la que se desarrolla parte importante de las acciones de la estrategia de la atención primaria de salud, de forma coordinada, integral y permanente.

En ella se establece un equipo de salud de la familia, responsable de la salud de la población adscrita, quienes prestan servicios de consulta, atención domiciliaria, inserción comunitaria, actividades de prevención y promoción de la salud, atención médica y habilitación, rehabilitación e inclusión social. Así mismo, cada unidad de salud de la familia realiza actividades relacionadas con el saneamiento, la docencia, la investigación y la organización social.



PERÚ

INDICADORES BÁSICOS SELECCIONADOS

1990-2015

	Valor 1990	Valor y año	Variación (%)
Ingreso nacional bruto, paridad de poder adquisitivo (PPA, US$ per cápita)	...	11 440 (2014)	...
Índice de desarrollo humano	0,613	0,734 (2013)	19,9
Promedio de años de escolaridad	6,6	9,0 (2014)	35,9
Población que usa instalaciones de agua potable mejoradas (%)	74,0	87,0 (2015)	17,6
Población que usa instalaciones de saneamiento mejoradas (%)	53,0	76,0 (2015)	43,4
Esperanza de vida al nacer (años)	65,5	75,1 (2016)	14,6
Mortalidad infantil (por 1 000 nacidos vivos)	56,5	15,0 (2013)	-73,5
Mortalidad materna (por 100 000 nacidos vivos)	...	68,0 (2015)	...
Incidencia de tuberculosis (por 100 000 habitantes)	246,0	96,9 (2013)	-60,6
Mortalidad por tuberculosis (por 100 000 habitantes)	34,0	7,7 (2013)	-77,4
Cobertura de inmunización contra el sarampión (%)	64,0	92,0 (2015)	43,8
Cobertura de atención del parto por personal cualificado (%)	...	91,8 (2015)	...



Población en 1990 (millones)	21,8
Población en el 2015 (millones)	31,2
Variación (%)	42,7



Perú está ubicado en la zona central oeste de América del Sur y limita con Ecuador, Colombia, Brasil, Bolivia, Chile y con el océano Pacífico. Su división administrativa incluye 26 regiones, 196 provincias y 1 854 distritos.

Entre 1990 y el 2015, la población aumentó alrededor de 42,7%, hasta alcanzar a 31,2 millones de habitantes, y su estructura varió desde una tendencia expansiva a una casi estacionaria en el año 2015. El 76,7% de población vivía en zonas urbanas. En el 2016, la esperanza de vida al nacer fue de 75,1 años.

Una encuesta del 2006 sobre autopercepción étnica encontró que 1,6% de la población peruana se consideraba negra, mulata o zamba.

Los indicadores básicos de desarrollo y salud han mejorado en forma sistemática entre 1990 y el 2015.

El producto interno bruto (PIB) per cápita ajustado por paridad poder adquisitivo (PPA) era de US$ 11 960 en el 2015. Es un país de ingresos medianos-altos.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

En el 2015, la tasa de desempleo fue de 4,2%. En el 2014, 72,8% de los trabajadores tenían un empleo informal. En el 2015, la pobreza era de 21,8%, mientras que la pobreza extrema alcanzó 4,1%.

El analfabetismo alcanzaba 5,7% en el 2014 (15,5% en área rural y 2,8% en la urbana).

La cobertura de población que usa instalaciones de agua potable mejoradas ha aumentado de 84,6% a 86,7% entre el 2010 y el 2015. En el 2015, 81,3% de la población accedía a agua de la red pública (85,4% en las zonas urbanas y 69,6% en las rurales) y 66,8% a la red de alcantarillado público (84,9% en las zonas urbanas y 15,6% en las rurales); 7,7% de los hogares no tenía ningún sistema de eliminación de excretas. La cobertura de uso de instalaciones de saneamiento mejoradas ha aumentado de 53% a 76% en 1990-2015 la defecación al aire libre disminuyó de 10% a 5%.

Existen conflictos sociales que en casi 70% se relacionan con la minería. En el 2015, se registraron 19 fallecidos y 872 heridos por la violencia relacionada con este tipo de conflictos.

Existe una importante migración interna desde el sector rural al urbano. En el 2013, los principales destinos de los emigrantes fueron los Estados Unidos (31,4%), España (15,4%), Argentina (14,3%), Italia (10,2%) y Chile (9,5%).

En el período 2003-2015, el país se vio afectado por sismos, incendios urbanos e industriales, lluvias intensas, vientos fuertes, bajas temperaturas e inundaciones, incluida la influencia del fenómeno de El Niño. El sismo ocurrido en Pisco en el 2007 fue el último de importancia.

Aunque no existe información oficial, se han reportado derrames de petróleo en la Amazonia peruana y el vertido de mercurio a acuíferos amazónicos, que han perjudicado a comunidades nativas de las zonas afectadas.

Entre el 2001 y el 2014 se perdieron 1,6 millones de hectáreas de bosque y en este período solo se ha reforestado 20,4% de la zona deforestada. Para el 2012, 24% de la superficie del país se había desertificado y 24% estaba en proceso de desertificación. La tasa simple de degradación llegó a 4,5% anual, afectando a casi 11% de la población.

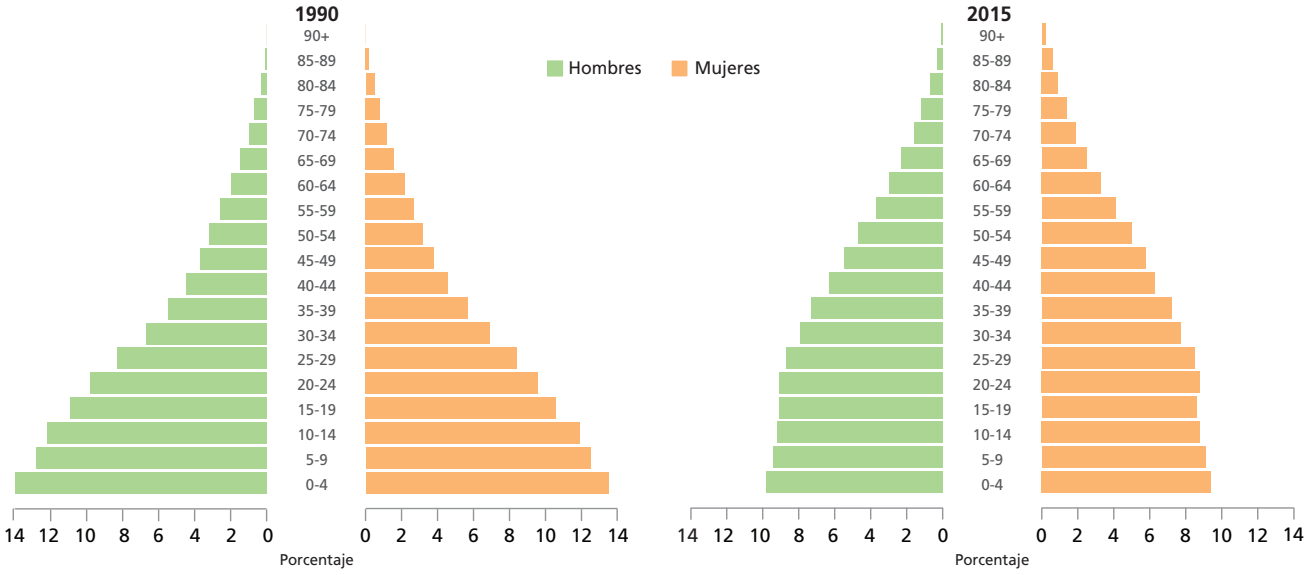
SITUACIÓN DE LA SALUD Y DEL SISTEMA DE SALUD

En el 2011, la razón de mortalidad materna fue de 93 muertes por cada 100 000 nacidos vivos y en el 2015, de 68 por 100 000 nacidos vivos, según las estimaciones del grupo interagencial de la Organización de las Naciones Unidas (ONU). Entre los factores que contribuyeron a esta reducción, se encuentra el aumento de las coberturas de atención prenatal y del parto.

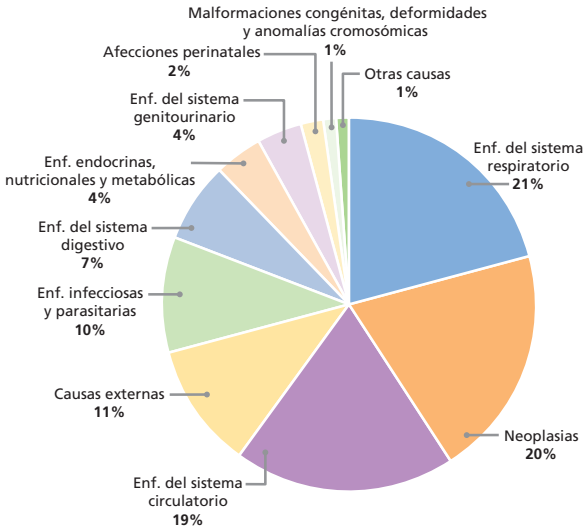
Las causas más frecuentes fueron la hemorragia (33%), la enfermedad hipertensiva del embarazo (31%), la infección (13,3%) y el aborto (9%).

En el 2015, la mortalidad infantil alcanzó las 15 muertes de menores de un año por 1 000 nacidos vivos (10 por mortalidad neonatal y 5 postneonatal). Ese año, la tasa de mortalidad en los menores de 5 años era de 18 muertes por 1 000 nacidos vivos. La mortalidad más elevada se registra en la Sierra y la Selva, así como en el quintil inferior de ingresos.

Estructura de la población según edad y sexo, Perú, 1990 y 2015



Mortalidad proporcional (% defunciones totales, todas las edades, ambos sexos), 2014



El esquema nacional de vacunación incluye 15 vacunas dirigidas a distintos grupos de edad. Las últimas en introducirse fueron la del virus del papiloma humano (en el 2011) y la antipoliomielítica inactivada (en el 2013). Durante el 2013 y el 2014 se produjo un descenso en las coberturas de las vacunas pentavalente, antipoliomielítica, antirotavírica y la triple viral (SPR). En el 2015 comenzó la recuperación, aunque sin alcanzar una cobertura de 95%.

En el grupo de edad de 44 a 59 años, las enfermedades cardiovasculares fueron la primera causa de pérdida de años de vida saludable (32,7 años por 1 000 habitantes), seguidas de las enfermedades osteomusculares y del tejido conectivo (30,9) y los tumores malignos (28,3).

Existe un importante porcentaje de subregistro de la mortalidad (47,2% estimado para el 2014). Las tasas corregidas del 2014 reportan una mortalidad general de 6,4 por 1 000 habitantes (7,6 para hombres y 5,3 para mujeres).

La tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles fue de 154,4 por 100 000 habitantes (179,0 en hombres y 132,2 en mujeres) y para las neoplasias fue de 127,6 (134,1 en hombres y 123,6 en mujeres).

Entre las causas más frecuentes de mortalidad en el 2014, se registraron las enfermedades del sistema respiratorio (21%), las neoplasias (20%), las enfermedades del sistema circulatorio (19%) y las causas externas (11%).

Entre el 2010 y el 2016 se notificaron 170 454 casos de dengue, con tendencia creciente y con 227 muertes en este período, con un promedio de 32 muertes por año. El incremento de la severidad se ha asociado al ingreso del genotipo Asia/América DENV-2 en el 2010. En el 2016, el mosquito *Aedes aegyptis* se distribuía en 20 regiones del país (60% de la población).

Entre el 2010 y el 2015, se notificaron 102 casos de fiebre amarilla de ciclo silvestre y 367 de enfermedad de Chagas.

En el 2015, se registraron 62 220 casos de malaria, de los cuales 95,4% se localizaron en el distrito de Loreto.

Los primeros cuatro casos de hantavirus se notificaron en el 2011, con reporte de dos casos adicionales en el 2012 y el 2013.

Hasta mayo del 2017, se habían notificado 6 447 casos de infección por el virus del Zika. Desde el inicio de la epidemia se detectaron 349 casos en gestantes.

Entre el 2010 y el 2015, se mantenía la actividad epidémica para influenza A (H1N1), con tres picos de circulación en el 2010, el 2012 y el 2013.

Entre el 2011 y el 2015, se registraron cinco casos de rabia humana transmitida por perros. En la selva amazónica, hay periódicamente brotes de rabia transmitida por murciélagos hematófagos.

Entre el 2010 y el 2015, la tasa de incidencia notificada de tuberculosis se redujo de 95,7 por 100 000 habitantes a 88,0. Entre el 2010 y el 2014, los casos de coinfección por tuberculosis y virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) aumentaron de 861 a 1 385 casos (de 2,7% a 4,4% de casos de tuberculosis).

En el 2014, la enfermedad isquémica del corazón causó 29,1 muertes por 100 000 habitantes (38,2 en hombres y 21,1 en mujeres).

En el 2014, la tasa de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares fue de 26,8 por 100 000 habitantes (30,2 en hombres y 23,8 en mujeres).

Los tipos de neoplasia más frecuentes en los hombres fueron de estómago (15,1%), próstata (15,1%), piel (7,8%), sistema hematopoyético (7,3%) y pulmón (6,3%). En las mujeres, la mayor frecuencia de tipos de cáncer fue de cuello uterino (24,1%), mama (16,6%), estómago (8,6%), piel (5,8%) y sistema hematopoyético (3,7%).

Entre el 2011 y el 2015, el número de homicidios aumentó desde una tasa de 5,4 por 100 000 habitantes a 7,2.

En el 2012, las enfermedades neuropsiquiátricas fueron una de las principales causas de pérdida de años de vida saludable. El siguiente año, la tasa de suicidio se sitúo en 3,5 por 100 000 habitantes.

En el 2014, la prevalencia de consumo de tabaco en los adolescentes fue de 9,7% (10,9% en los hombres y 8,4% en las mujeres).

En el 2015, 35,5% de las personas mayores de 15 años presentaban sobrepeso y 17,8% sufrían obesidad (22,4% de las mujeres y 13,3% de los hombres).

Entre el 2010 y el primer semestre del 2016, se notificaron 67 casos de peste humana.

El modelo del sistema de salud es un sistema mixto muy fragmentado, con participación pública y privada de prestadores, y está organizado por funciones especializadas. El ente rector es el Ministerio de Salud.

El sector público presta servicios de salud en dos formas: en el régimen subsidiado o contributivo indirecto, y en el contributivo directo, que es el que corresponde a la seguridad social.

El Seguro Integral de Salud (SIS) subsidia la prestación de servicios a la población que vive en condiciones de pobreza y pobreza extrema.

En el 2014, el financiamiento de la salud provenía de tres principales fuentes: gasto de los hogares (31,1%), recursos del tesoro público (34,2%) y cotizaciones a la seguridad social (31,3%). En el 2015, el gasto en salud representó 5,3% del PIB (3,1% fue gasto público y 2,2% fue privado).

En el 2013 se estableció el mecanismo de uso de farmacias inclusivas. Existe un observatorio de los precios de los medicamentos y reglamentación para los productos farmacéuticos biológicos.

LOGROS, DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS

La Reforma en Salud es un proceso que ha continuado implementándose desde 1990 hasta el 2016. Entre sus hitos más importantes destaca la aprobación de la Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud en el 2009 y la promulgación de 23 decretos legislativos en el 2013. Esta ley es un importante marco normativo para la estructuración y el funcionamiento del sistema de salud, e incluye temas como el financiamiento, las remuneraciones y el acceso, e incluso la reorganización funcional del Ministerio de Salud.

Erradicar la exclusión de una parte significativa de la población del acceso a algún nivel de aseguramiento en salud es un desafío pendiente. El aumento en la articulación del sistema, teniendo como primer eslabón la salud primaria, requiere de mayores esfuerzos. Los del nivel primario aún poseen baja capacidad resolutiva y afrontan la dificultad de aumentar la cobertura territorial para poder hacer frente, por ejemplo, al envejecimiento de la población en el país.

También se debe reforzar la estandarización de los sistemas de formación profesional y generar incentivos adecuados para el ejercicio de dichos profesionales en el sector público de salud.

Hay que continuar mejorando los instrumentos y la calidad de los registros sanitarios del país, especialmente en cuanto a oportunidad y mejor registro de la mortalidad y de otros indicadores sanitarios relevantes.

La violencia contra la mujer y la trata de personas son fenómenos que requieren un abordaje integral a través de políticas públicas específicas.

PUNTOS ADICIONALES

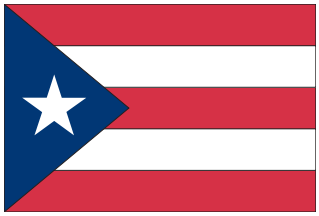
El Acuerdo Nacional es el principal espacio de concertación para la definición de políticas de Estado del Perú.

En octubre del 2015, tras un proceso de diálogo y consenso entre las autoridades de gobierno, los partidos políticos, las organizaciones de la sociedad civil y otros actores que conforman el Acuerdo Nacional aprobaron los objetivos de la Reforma de Salud. La finalidad fue asegurar la viabilidad política y la continuidad de este proceso para poner al país en la senda de lograr la salud universal en el año 2021.

Esta declaración señala la importancia de lograr el acceso al cuidado y la atención integral en la salud individual y colectiva de las personas como un derecho universal, independientemente de su condición socioeconómica y de su ubicación geográfica, con enfoques de género, derechos en salud e interculturalidad.

Se espera que esta reforma sea una vía para garantizar y hacer efectiva la rectoría del Ministerio de Salud sobre el sector y sobre el Sistema Nacional de Salud, y fortalecer y mejorar la capacidad de gestión descentralizada, coordinada y articulada en salud en los tres niveles de gobierno.

Además, a través de estas reformas se busca fortalecer el Seguro Integral de Salud (SIS) como un seguro público que permita avanzar hacia la seguridad social universal en salud, de manera que actúe como el gran instrumento de universalización del acceso al cuidado y atención integral de la salud, y generar una adecuada complementariedad entre el sistema público y privado.

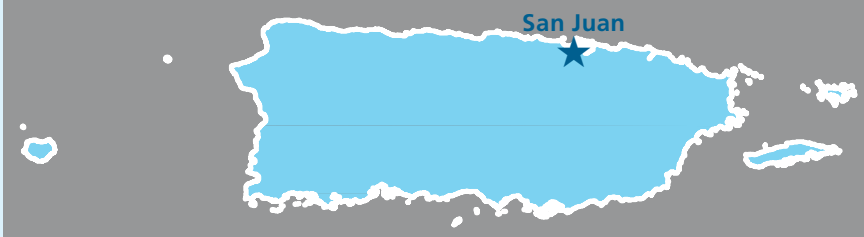


PUERTO RICO

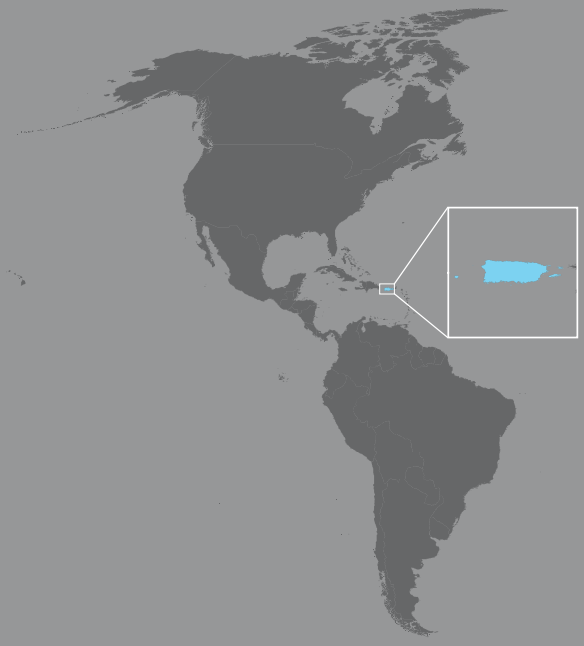
INDICADORES BÁSICOS SELECCIONADOS

1990-2015

	Valor 1990	Valor y año	Variación (%)
Ingreso nacional bruto, paridad de poder adquisitivo (PPA, US$ per cápita)	...	**23 960** (2014)	...
Índice de desarrollo humano	...	...	...
Promedio de años de escolaridad	...	**12,1** (2014)	...
Población que usa instalaciones de agua potable mejoradas (%)	**94,0**	...	...
Población que usa instalaciones de saneamiento mejoradas (%)	**99,0**	**99,0** (2015)	**0,0**
Esperanza de vida al nacer (años)	...	**79,5** (2013)	...
Mortalidad infantil (por 1 000 nacidos vivos)	...	**7,1** (2013)	...
Mortalidad materna (por 100 000 nacidos vivos)	...	**8,7** (2013)	...
Incidencia de tuberculosis (por 100 000 habitantes)	...	**1,2** (2013)	...
Mortalidad por tuberculosis (por 100 000 habitantes)	**2,0**	**0,3** (2013)	**-85,0**
Cobertura de inmunización contra el sarampión (%)	...	...	...
Cobertura de atención del parto por personal cualificado (%)	...	**99,3** (2015)	...



Población en 1990 (millones)	**3,5**
Población en el 2015 (millones)	**3,4**
Variación (%)	**-3,4**



Puerto Rico es un archipiélago de las Antillas Mayores ubicado al noreste del mar Caribe; está compuesto de una isla principal y un número de islas de menor tamaño (Mona, Vieques y Culebra, entre las más importantes). El territorio está organizado en 8 distritos senatoriales y 78 municipios.

Es un estado libre asociado a los Estados Unidos de América con una extensión de 9 105 km^2. La isla mayor mide 170 km de largo por 60 km de ancho.

La población estimada en el 2015 era de 3 474 182 habitantes, cantidad menor en 6,6% respecto a la población del año 2010.

En 1990, la población tenía una estructura expansiva, pero actualmente se ha hecho regresiva, con un mayor envejecimiento (14,6% de la población era mayor de 65 años en el 2015).

La esperanza de vida al nacer en el 2013 era 79,5 años (75,8 en los hombres y 83,1 en las mujeres).

Es un país de ingresos económicos altos; entre el 2010 y el 2015 superaron un promedio de US$ 12 476 per cápita anuales.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

La tasa de alfabetización general fue de 92% en el 2010.

La tasa de desempleo disminuyó 3,4 puntos porcentuales entre los años 2010 y 2015 (de 16,3% a 12,9%). El porcentaje de personas que vivían bajo el nivel de pobreza (según la categoría federal de pobreza) aumentó discretamente de 45% en el 2010 a 46,1% en el 2015. El índice de inequidad económica de Gini mostró un leve aumento de 0,537 en el 2010 a 0,559 en el 2015.

A precios constantes, el producto nacional bruto (PNB) tuvo una reducción de US$ 6 347 millones a US$ 6 312 millones entre el año fiscal 2014 y el 2015. La deuda pública bruta en el 2015 fue de US$ 66 182,6 millones. La crisis económica que comenzó en el 2006 se recrudeció: hubo una caída de la economía, el sector bancario y las ventas de viviendas; aumentaron los precios del petróleo y hubo déficits económicos persistentes, lo que llevó a la pérdida de la confianza de los mercados de bonos. En mayo del 2017 se presentó una solicitud de quiebra en la corte federal estadounidense con una deuda y obligaciones de pensiones de US$ 123 000 millones.

Se estima que en el período del 2010 al 2015 alrededor de 457 000 personas salieron de Puerto Rico, y el destino principal fueron las regiones sur y noreste de Estados Unidos.

En el año 2011, la tasa de homicidios fue de 31,6 por cada 100 000 habitantes, y en el 2015, de 16,8.

Dada su ubicación geográfica, Puerto Rico se ha visto afectado por tormentas tropicales y huracanes, que generan sobre todo inundaciones y deslizamientos de terreno.

Un problema ambiental que afecta a todo el archipiélago es el uso de plaguicidas peligrosos. Esta cuestión ha originado nuevas estrategias y prácticas apoyadas por agencias gubernamentales.

La ocurrencia de sequías, como en el 2015, puede llevar a crisis y pérdidas económicas en las áreas de la agricultura, la ganadería, la fauna y la flora. Por otra parte, la necesidad de racionar el agua afecta negativamente a los servicios hospitalarios, los centros de cuidado de la salud, los centros educativos y los hogares.

SITUACIÓN DE LA SALUD Y DEL SISTEMA DE SALUD

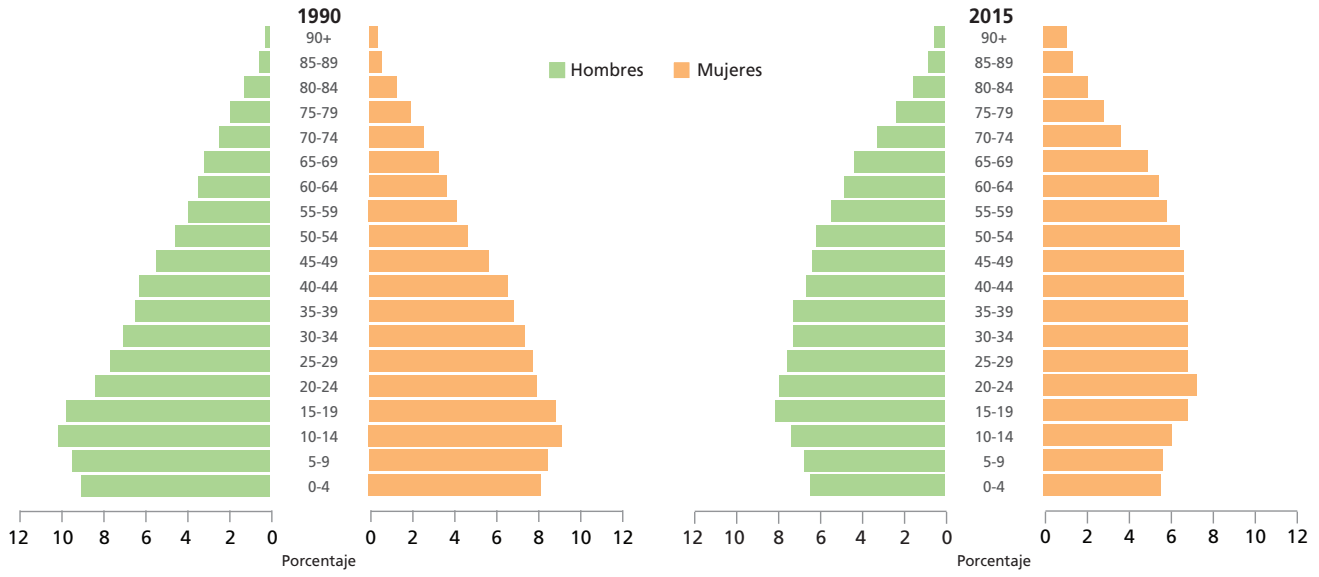
En el 2012, 45,4% de las mujeres participantes de una encuesta de salud reproductiva afirmaron que no usaban métodos anticonceptivos. En el 2014, aunque 83,4% de las mujeres comenzaron su cuidado prenatal en el primer trimestre y 35,7% tuvo una ganancia de peso adecuado, se constató que 47,2% de ellas tuvo partos por cesáreas.

Las muertes maternas se redujeron de seis en el año 2010 a tres en el año 2014.

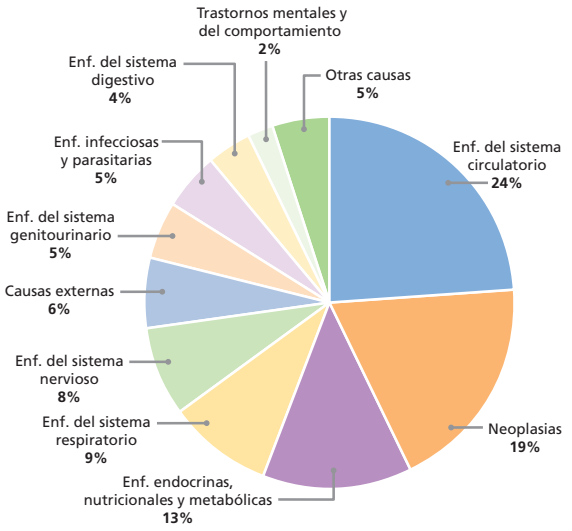
Las tres principales causas de mortalidad infantil en el 2011 fueron las malformaciones congénitas (18,3%), un porcentaje que disminuyó a 13,1% en el 2014; la dificultad respiratoria del recién nacido (12,1%), que fue similar en el 2014; y la sepsis bacteriana (10,7%), que en el 2014 se redujo a 5,7%.

Respecto a mortalidad neonatal, las tres primeras causas identificadas de muerte son la dificultad respiratoria, las malformaciones congénitas, las deformaciones y las anomalías cromosómicas, y la sepsis bacteriana del recién nacido. En el 2011 y el 2014, las primeras causas de muerte fetal fueron los

Estructura de la población según edad y sexo, Puerto Rico, 1990 y 2015



Mortalidad proporcional (% defunciones totales, todas las edades, ambos sexos), 2014



trastornos relacionados con la duración corta de la gestación, el peso bajo al nacer y las complicaciones de la placenta y del cordón umbilical.

El 85% de la población menor de 35 meses fue vacunada en el 2012. En el año 2015 este porcentaje disminuyó a 77,3%.

En el 2012, el 18,6% de los adolescentes escolares refería haber tenido síntomas de depresión mayor y 24,4% había considerado seriamente suicidarse. El 60,4% indicó haber consumido alcohol y 17,0% había utilizado drogas ilícitas el año anterior. Ese mismo año, la depresión en los adultos tuvo una prevalencia de por vida de 18,5%. Esta fue mayor en las mujeres (20,4%) que en los hombres (16,4%), y más elevada entre las personas de 55 a 64 años (31,4%).

La tasa bruta de mortalidad general fue de 813,8 por cada 100 000 habitantes en el 2011 y 854,8 en el 2014; en los hombres fluctuó entre 928,3 en el 2011 y 964,9 en el 2014, y en las mujeres, las tasas fueron más bajas: 708,6 en el 2011 y 753,5 en el 2014.

Entre las causas, 24% correspondió a las enfermedades del sistema circulatorio, 19% a las neoplasias y 13% a las enfermedades endocrinas. Siempre en el 2014, entre las causas de muerte específicas más frecuentes destacaron los tumores malignos (119,2 por 100 000 habitantes), las enfermedades del corazón (116,1) y la diabetes mellitus (71,9).

El dengue es una enfermedad endémica en Puerto Rico y durante el 2015 hubo 1 866 presuntos casos y 57 casos confirmados en laboratorio. No hubo ningún caso de dengue hemorrágico confirmado ni defunciones.

El virus chikunguña es una enfermedad nueva en el país y el primer caso se presentó en mayo del 2014. En el 2015 hubo 1 043 presuntos casos, 216 confirmados y una defunción. En el 2014, el Departamento de Salud presentó un protocolo de manejo y control del virus chikunguña.

En el 2016, se decretó una emergencia de salud pública por el virus del Zika y se desarrolló un plan nacional integral de prevención, protección y tratamiento de las enfermedades arbovirales.

En noviembre de ese año se reportaron 34 060 casos confirmados de infección por el virus del Zika, de los cuales 2 631 eran mujeres embarazadas; 63% de los casos en las mujeres embarazadas eran sintomáticos. Se han notificado 46 casos de síndrome de Guillain-Barré por el virus del Zika, 2 muertes asociadas con ese síndrome y 4 casos de recién nacidos con defecto congénito como secuela de la infección.

En el 2013, se autorizó el desembolso de un millón de dólares del Fondo de Emergencia para el control de la epidemia de influenza.

La incidencia de tuberculosis aumentó levemente entre el 2011 (50 casos) y el 2015 (52 casos). La tasa ajustada para el 2011 fue de 1,4 y en el 2015 fue de 1,5 por cada 100 000 habitantes.

En el 2015 se reportaron 24 casos de hepatitis B, y 10 casos hasta finales de octubre del 2016. En el 2015 hubo 10 casos de tos ferina y 9 hasta finales del 2016, y 1 caso de tétanos en el 2015. En el 2014 solo se reportaron 39 casos de rabia animal y en el 2015, 12 casos.

La prevalencia de accidentes cerebrovasculares en el 2011 fue de 1,7%, y fue más elevada en las mujeres (2,0%) que en los hombres (1,4%). En el 2014, la prevalencia aumentó levemente a 2,2%. A su vez, la mayor prevalencia fue en las personas de 65 años o más, con 5,2%.

En el 2014, 3,8% de la población sufría enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y afectó, sobre todo, a la población de 65 años y más.

La prevalencia de los problemas de visión en el 2012 era de 32,1% en la población adulta.

La prevalencia de hipertensión en los adultos en el 2013 fue mayor en las mujeres (43,9%) que en los hombres (40,5%), y más elevada en el grupo de edad de 65 años o más (72,0%).

En el 2014, de la población de 18 a 64 años, 18% tenía al menos una discapacidad. La prevalencia de depresión en los adultos es de 18,5%. En la población de 65 años o más, el índice de población con alguna discapacidad fue de 49,7%.

A su vez, la prevalencia de diabetes mellitus en adultos aumentó de 13,5% en el 2011 a 15,7% en el 2014 (16,4% en las mujeres y 14,8% en los hombres).

Anualmente, en promedio ocurren 311 muertes por suicidio. En el 2015, 9 de cada 10 suicidios eran de hombres. Las tasas más altas se registraron en el grupo de 80 a 84 años (17,9 por

1 000 habitantes), seguido por el de 55 a 59 años; además, hubo 9 asesinatos por violencia doméstica, 8 de ellos mujeres.

En el 2015 hubo 297 accidentes de tránsito, que causaron 310 muertes, 6 más que las ocurridas en el 2014.

La prevalencia de sobrepeso y obesidad disminuyó de 66,1% en el 2011 a 65,6% en el 2014. La prevalencia de obesidad en los hombres disminuyó a 26,8% y en el caso de las mujeres aumentó a 29,6%; el grupo de edad con mayor porcentaje de obesidad fue el de 55 a 64 años (35,2%).

El sistema de salud se encuentra bajo la rectoría del Ministerio de Salud y está compuesto por diversas entidades aseguradoras y proveedoras asistenciales, tanto públicas como privadas. Se organizan principalmente bajo un modelo de atención coordinada.

El financiamiento del sistema de salud proviene de las aportaciones federales, las contribuciones patronales, las gubernamentales y el pago directo de la persona. En el 2014 se invirtió en salud el equivalente a 10,5% del producto interno bruto. El gasto en salud por cápita para el 2014 fue de aproximadamente US$ 3 065.

La prestación de servicios de salud se organiza por niveles de prestación, comenzando con la afiliación a un paquete de beneficios bajo una aseguradora, y seguido por servicios primarios, secundarios y terciarios.

Los servicios se prestan mediante el Plan de Salud del Gobierno (PSG), donde además se coordinan esfuerzos con la Administración de Seguros de Salud (ASES) y el Departamento de Salud, que proveen servicios de salud a la población general.

Además, se suman programas como Medicare, Medicaid y los beneficios de la Affordable Care Act de los Estados Unidos, junto con el Código de Seguros de Salud.

A partir del 2010 se han emitido varios decretos ejecutivos que salvaguardan los derechos de los pacientes y el cumplimiento de protocolos de salud, y que obligan a las agencias a crear y mantener actualizados los sistemas de vigilancia.

LOGROS, DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS

El país ha trabajado en las metas del Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS), específicamente en lo relacionado con el Objetivo 3, "Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades", lográndose la reducción de la tasa de mortalidad materna y las muertes evitables de menores.

También se ha desarrollado el Plan de Acción de Enfermedades Crónicas 2014-2020.

En el año 2016 se publicó el Plan de Acción para la Prevención de la Obesidad con el modelo y auspicio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Comisión de Alimentación y Nutrición como órgano rector.

El Instituto de Estadísticas estableció un sistema de vigilancia de muertes violentas en el que se recogerán los datos de homicidios y asesinatos reportados por el Departamento de Salud, la Policía de Puerto Rico y el Instituto de Ciencias Forenses.

El Departamento de Salud publicó el Plan para el Control de Tabaco (2016), el Plan Estratégico de Asma (2016) y un Plan de Acción de Alzheimer (2015). Este último plan es de gran importancia debido al envejecimiento progresivo que afecta a la población del país.

Actualmente se centran los esfuerzos en modificar el plan estatal de Medicaid para que Puerto Rico implemente un nuevo modelo de salud con el fin de introducir mayores niveles de eficiencia y la contención del gasto local, con perspectivas para el año 2019.

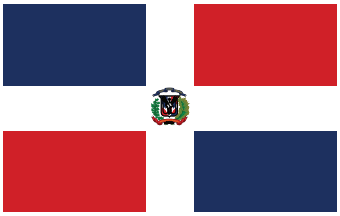
PUNTOS ADICIONALES

La población cuenta con diez tipos de beneficios esenciales de salud garantizados, de acuerdo con la Affordable Care Act de los Estados Unidos junto con el Código de Seguros de Salud.

Estos beneficios incluyen servicios ambulatorios y médico-quirúrgicos; hospitalización; emergencia; maternidad y cuidado de recién nacidos; salud mental; pruebas diagnósticas; pediátricos, visión y dental; medicamentos; habilitación y rehabilitación; y preventivos y de bienestar.

Entre los temas que serán cubiertos por la cooperación técnica destacan las enfermedades crónicas, la promoción de la salud, la enfermería, los aspectos de bioética, el envejecimiento saludable, las enfermedades transmisibles, la salud ambiental, la gestión de la información y de desastres, y la asistencia humanitaria.

Además, el Departamento de Salud estableció alianzas con diversos sectores para desarrollar el Plan de Enfermedades Crónicas, el desarrollo de un plan decenal de salud, el Programa de Salud Escolar, la Comisión para la Prevención del Suicidio, y la provisión de servicios de recuperación y tratamiento a personas sin hogar con enfermedades mentales graves o trastornos concurrentes con el uso de sustancias.



REPÚBLICA DOMINICANA

INDICADORES BÁSICOS SELECCIONADOS

1990-2015

	Valor 1990	Valor y año	Variación (%)
Ingreso nacional bruto, paridad de poder adquisitivo (PPA, US$ per cápita)	...	12 600 (2014)	...
Índice de desarrollo humano	0,596	0,715 (2014)	20,0
Promedio de años de escolaridad	5,0	7,7 (2014)	54,0
Población que usa instalaciones de agua potable mejoradas (%)	87,0	86,0 (2015)	-1,1
Población que usa instalaciones de saneamiento mejoradas (%)	73,0	84,0 (2015)	15,1
Esperanza de vida al nacer (años)	67,9	73,8 (2016)	8,7
Mortalidad infantil (por 1 000 nacidos vivos)	46,1	22,9 (2015)	-50,3
Mortalidad materna (por 100 000 nacidos vivos)	...	92,0 (2015)	...
Incidencia de tuberculosis (por 100 000 habitantes)	147,0	42,3 (2014)	-71,2
Mortalidad por tuberculosis (por 100 000 habitantes)	14,0	5,5 (2015)	-60,7
Cobertura de inmunización contra el sarampión (%)	70,0	90,0 (2015)	28,6
Cobertura de atención del parto por personal cualificado (%)	...	97,9 (2015)	...



Población en 1990 (millones)	7,2
Población en el 2015 (millones)	10,6
Variación (%)	47,2



La República Dominicana se encuentra entre el mar Caribe y el océano Atlántico, en el archipiélago de las Antillas, ocupando aproximadamente dos tercios de la isla La Española, que comparte con Haití. Está dividida en 31 provincias y en el Distrito Nacional, donde está Santo Domingo, la capital del país.

Entre 1990 y el 2015, la población aumentó en 47,2%; su estructura se mantiene con tendencia expansiva pero más lenta, e incluso estacionaria, en los menores de 10 años.

En el 2015 se llegó a 10,6 millones de habitantes, con 80% concentrado en las zonas urbanas. En el 2016, la esperanza de vida al nacer era de 73,8 años (70,8 en los hombres y 77,0 las mujeres).

Los indicadores básicos de salud y desarrollo han mejorado de forma sistemática entre 1990 y el 2015, alcanzándose un índice de desarrollo humano de 0,715 en el 2014.

Las remesas constituyen una de las principales fuentes de divisas para la República Dominicana, con flujos cercanos a 7% del PIB en los últimos años. En el 2015, la industria turística produjo ingresos por US$ 6 153,1 millones.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

En el 2014 existía una importante desigualdad de ingresos, tal y como refleja el coeficiente de Gini, que era de 0,463 en el 2014.

Casi 80% de la población nacional perceptora de ingresos tiene un ingreso por su ocupación principal equivalente a menos de dos salarios mínimos. Se estima que la pobreza extrema disminuyó de 8,4% en el 2014 a 7,0% en el 2015.

En el 2014, la escolaridad promedio era de 7,7 años.

Cerca de 86% de los hogares utiliza fuentes mejoradas de agua para beber, 90,6% en zonas urbanas y 75,7% en zonas rurales.

Se estima que residen en el exterior entre 1 y 1,5 millones de dominicanos y dominicanas. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Inmigrantes del año 2012 la población inmigrante extranjera equivale al 5,55% de la población total nacional. La encuesta no estableció la cantidad de personas que están de manera irregular en el territorio.

La mayoría de desastres están causados por huracanes y terremotos, que provocan importantes consecuencias económicas y de salud. La sequía también es un fenómeno crítico.

SITUACIÓN DE LA SALUD Y DEL SISTEMA DE SALUD

En el 2015, la razón de mortalidad materna fue estimada en 92 muertes por 100 000 nacidos vivos. La mortalidad materna se concentró principalmente en cuatro provincias: Santo Domingo, Distrito Nacional, Santiago y San Cristóbal. La cobertura del parto por personal calificado fue de 68,6% en el mismo año.

Las adolescentes con menor nivel educativo, mayor pobreza y que viven en zonas rurales presentan mayor riesgo de embarazo y de resultar más afectadas por esa situación.

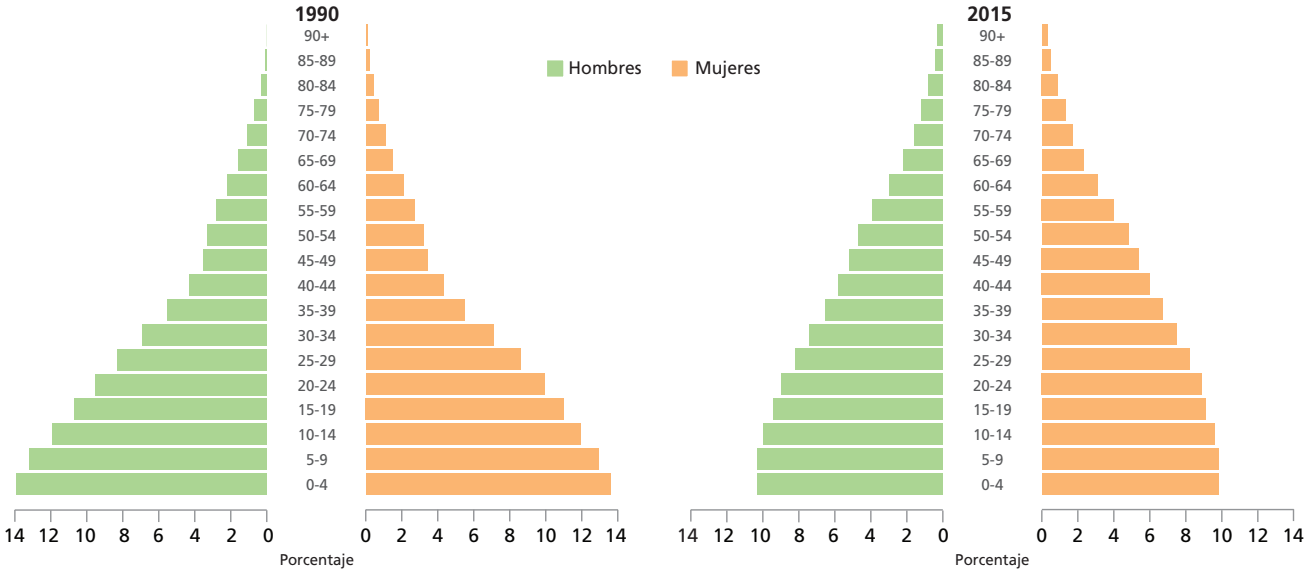
La tasa de embarazos en adolescentes es dos veces más elevada en las regiones con mayor desocupación femenina que en otras regiones del país. También se asocia a la falta de acceso a servicios de salud reproductiva para mujeres de entre 15 y 19 años.

Para el 2015, la mortalidad en menores de 1 año alcanzó 22,9 muertes por 1 000 nacidos vivos. En el 2012, las afecciones originadas en el período perinatal representaron 65% de las defunciones de menores de 1 año, con la septicemia como una de las cinco primeras causas de muerte en menores de 5 años, y con riesgos más altos para menores de 1 año.

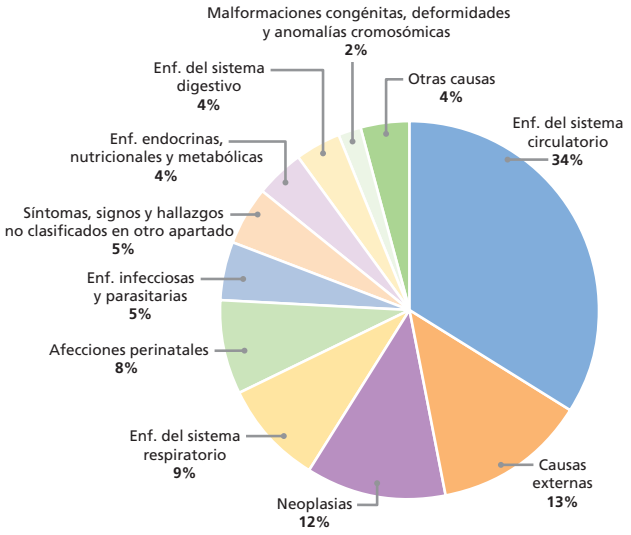
En el 2012, los accidentes de transporte terrestre estuvieron entre las cinco primeras causas de muerte entre los 5 y los 44 años de edad. A partir de los 45 años, predominan las dos primeras causas de mortalidad general, tanto las enfermedades isquémicas del corazón como las enfermedades cerebrovasculares.

Durante el período 2012-2015, la cobertura de vacuna BCG (antituberculosa) fue superior a 95% y la de DPT3 (difteria, tétanos y tos ferina) varió entre 82% y 90% en los menores de 1 año de edad.

Estructura de la población según edad y sexo, República Dominicana, 1990 y 2015



Mortalidad proporcional (% defunciones totales, todas las edades, ambos sexos), 2012



En el 2015 se notificó un caso de difteria (sin casos entre el 2012 y el 2014). Se observó un incremento de tos ferina, con 69 casos en el 2015.

Durante el 2011 y el 2012 hubo una epidemia de cólera. En el 2013 se estimaron 539 000 casos de infección por el virus chikunguña.

Para el 2015, la incidencia de malaria proyecta una tasa de 1,9 por cada 100 000 habitantes. Las poblaciones en mayor riesgo de malaria son migrantes, trabajadores temporales vinculados a la agricultura y la construcción.

No se ha eliminado la rabia humana de transmisión canina; en el 2015, se confirmaron dos muertes por esta enfermedad.

La filariasis linfática está en proceso de eliminación, al igual que la lepra, sin alcanzar todavía el indicador de menos de 1 caso por cada 10 000 habitantes en todos los municipios.

En el 2010, la prevalencia de hipertensión arterial fue de 34,7% y la de diabetes mellitus tipo 2, 9,9%.

En el 2013, la desnutrición crónica en niños menores de 5 años alcanzó 7,1%. El sobrepeso en niños fue de 7,6% y en adultos, en el 2014, de 56,3%.

El sistema de salud se define como un modelo de seguro social bajo los principios rectores de universalidad de la cobertura, obligatoriedad, solidaridad, integralidad, unificación, libre elección y gradualidad, entre otros principios reconocidos por ley.

En el 2014 se oficializó un modelo de atención basado en la estrategia de atención primaria de salud y en la Red Integrada de Servicios de Salud.

El Ministerio de Salud Pública tiene las funciones de rectoría e incluye el Servicio Nacional de Salud.

En el 2015, 65% de la población estaba adscrita al Seguro Familiar de Salud. De este grupo, 47,5% tenía régimen subsidiado y 52,5%, régimen contributivo.

El gasto corriente en salud representa 4,1% del producto interno bruto (PIB). Los esquemas públicos representan 2,7%, mientras que los privados alcanzan a 1,4%.

En el 2011 se estimó que había 21,2 médicos y 3,8 enfermeras para cada 10 000 habitantes.

El Servicio Nacional de Salud dispone de 1 450 centros de primer nivel de atención, de 1 774 unidades de atención primaria (UNAP) y de 189 centros especializados de atención a la salud (CEAS), entre los que se encuentran 13 hospitales regionales, 35 hospitales provinciales, 122 hospitales municipales y 19 hospitales de referencia.

Estos establecimientos procuran contar con la capacidad necesaria para prestar las atenciones indicadas en el Plan Básico de Salud (PBS), que incluye un conjunto de servicios otorgados a través del Seguro Familiar de Salud a las personas afiliadas al Régimen Contributivo del Sistema Dominicano de Seguridad Social.

En el 2015 se actualizó el cuadro básico de medicamentos esenciales, a partir de la lista de medicamentos esenciales de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

LOGROS, DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS

Entre 1990 y el 2015, el país logró importantes avances en su desarrollo global y sanitario. Cabe destacar que, en este período, la mortalidad infantil disminuyó en 50,3%. Entre los desafíos que hay que enfrentar destaca continuar con las estrategias y programas maternos infantiles, que permitan seguir disminuyendo la mortalidad en menores de 5 años, así como la mortalidad materna.

La cobertura de seguro en salud en el país ha tenido un incremento importante en los últimos cinco años, pasando de 43% en el 2011 a 65% en el 2015, aunque aún existe una brecha importante para una parte significativa de la población.

La actualización del catálogo de prestaciones a partir de un proceso de priorización de enfermedades que deben atenderse en el sistema de salud dominicano representa un importante desafío que además debe ser sostenible financieramente.

El perfil nacional de salud apunta a considerar a los principales determinantes en los programas de prevención, como la

pobreza, la inequidad, la educación, la desigualdad de género y la migración.

También se procura alcanzar coberturas efectivas de vacunas a todos los territorios y las comunidades del país. Es prioritario además aumentar el acceso a tratamientos antirretrovirales para la población portadora del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

La prevención y la reducción de las enfermedades no transmisibles requieren de un abordaje intersectorial para la adopción de normas y acciones frente a los principales factores de riesgo en la población, en aspectos como los relacionados con el tabaquismo y el etiquetado de alimentos.

Algunos de los determinantes sociales y de salud sobre los adolescentes implican la necesidad de adoptar políticas del Estado en relación con los matrimonios entre menores, los abortos terapéuticos y la ausencia de educación sexual.

Los brotes de cólera y la tuberculosis resistente son parte de los desafíos que requieren un trabajo conjunto con otros países de la Región.

La atención de lesiones por causa externa, los trastornos ligados al uso de sustancias, la violencia social y los feminicidios se han consolidado como problemas importantes para la salud colectiva.

Es crítico mejorar la estructura y los sistemas de registros de nacimientos, específicamente en las zonas con mayor nivel de pobreza y en las fronterizas. Se estima que 20,8% de la población de entre 0 y 5 años no está presente en los registros, lo que constituye un obstáculo para la prestación de servicios básicos y para la planificación sanitaria.

PUNTOS ADICIONALES

El embarazo en adolescentes (especialmente en jóvenes con menor nivel educativo, las que viven en mayores condiciones de pobreza y las que residen en zonas rurales), tiene una especial consideración de la autoridad sanitaria. Por ello, el Estado ha dispuesto incrementar la disponibilidad de servicios de salud integral para este grupo de población.

Como parte de las políticas sociales, desde el 2012 el Gobierno dominicano está implementando la estrategia Quisqueya Sin Miseria, con planes de alfabetización, de atención integral a la primera infancia y de generación de puestos de trabajo para zonas priorizadas. Con estas medidas se intenta apoyar el desarrollo de las capacidades productivas de las comunidades empobrecidas del país. En la práctica, esto significa promover una mejor coordinación de la acción de los distintos ministerios con los Gobiernos locales y las organizaciones sociales y comunitarias.

El país ha logrado avanzar en materia de reducción del riesgo de desastres (RRD), un plan impulsado por el proceso de reforma de la Ley 147-02 sobre Gestión de Riesgos, la implementación del Plan Nacional de Gestión Integral de Riesgos de Desastres (PN-GIRD) y la incorporación gradual de la reducción del riesgo de desastres en el Sistema Nacional de Planificación e Inversión Pública en el período 2013-2014.

La iniciativa Hospitales Seguros frente a Desastres ha logrado aplicar el índice de seguridad hospitalaria a más de 60 establecimientos de salud priorizados, integrar la academia en los procesos de formación y certificación de evaluadores y el desarrollo de guías técnicas para el diseño y la construcción de hospitales.



SAINT KITTS Y NEVIS

INDICADORES BÁSICOS SELECCIONADOS

1990-2015

	Valor 1990	Valor y año	Variación (%)
Ingreso nacional bruto, paridad de poder adquisitivo (PPA, de US$ per cápita)	...	**22 600** (2014)	...
Índice de desarrollo humano	...	**0,752** (2013)	...
Promedio de años de escolaridad	...	**8,4** (2014)	...
Población que usa instalaciones de agua potable mejoradas (%)	**98,0**	**98,0** (2015)	**0,0**
Población que usa instalaciones de saneamiento mejoradas (%)	**87,0**	**87,0** (2015)	**0,0**
Esperanza de vida al nacer (años)	**67,3**	**75,5** (2011)	**12,2**
Mortalidad infantil (por 1 000 nacidos vivos)	**22,9**	**25,3** (2015)	**10,5**
Mortalidad materna (por 100 000 nacidos vivos)	...	...	...
Incidencia de tuberculosis (por 100 000 habitantes)	...	**13,5** (2013)	...
Mortalidad por tuberculosis (por 100 000 habitantes)	...	**2,9** (2013)	...
Cobertura de inmunización contra el sarampión (%)	**99,0**	**95,0** (2015)	**-4,0**
Cobertura de atención del parto por personal cualificado (%)	...	**100,0**	...



Población en 1990 (miles)	**41,7**
Población en el 2011 (miles)	**47,2**
Variación (%)	**12,9**



Saint Kitts y Nevis está conformada por dos islas ubicadas en las islas de Sotavento, en las Antillas Menores. Saint Kitts es la más grande y más poblada, con una superficie de 168 km^2. Nevis, al sureste de Saint Kitts, ocupa una superficie de 93 km^2. Se divide administrativamente en 14 parroquias (nueve en Saint Kitts y cinco en Nevis).

En el 2011 la población estimada era 47 196 habitantes (Saint Kitts, 34 918; Nevis, 12 278). En 1990, su estructura era de tendencia estacionaria en los mayores de 40 años y expansiva lenta por debajo de esa edad. Actualmente, ha adoptado una configuración mixta, entre estacionaria y regresiva lenta.

La población es mayoritariamente de ascendencia africana (90%). En el 2011, la esperanza de vida al nacer era 73,1 años para los hombres y 78,0 años para las mujeres.

Es un país de ingresos altos y en el 2013 registró los ingresos anuales per cápita más altos del Caribe: US$ 13 330.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

En el 2008, la prevalencia de la pobreza era de 22% y de la indigencia, 1%. En el 2014, la tasa de desempleo estaba situada en 6,5%.

La tasa de alfabetización es mayor en las mujeres (97,4%) que para los hombres (96,5%) en el grupo de edad de 15 a 24 años. El acceso a la educación prebásica, primaria y secundaria es universal y gratuita. Las mujeres están poco representadas en los cargos de poder: en el 2015, apenas ocupaban 20% de los escaños del Parlamento de Saint Kitts y Nevis y de la Asamblea de Nevis.

En el 2015, 98% de la población del país tenía acceso al agua potable y 87%, a instalaciones de saneamiento mejoradas. Las fuentes de superficie y de aguas subterráneas son susceptibles de contaminación por la actividad agropecuaria y de intrusión de agua salada, dada la reducida elevación de las islas.

Las condiciones de sequía relacionadas con el fenómeno de El Niño en el período 2015-2016 añadieron presión sobre los recursos hídricos potables y la producción agrícola. El monte Liamuiga representa una amenaza latente de erupción volcánica. Además, el archipiélago está expuesto a las inundaciones y las tormentas tropicales. La degradación de las tierras ha originado desprendimientos y erosión de los suelos. Esta degradación es el resultado del uso intensivo al que históricamente se han sometido las tierras para el cultivo de caña de azúcar, entre otros.

Los cambios demográficos han comportado un aumento de la construcción y la cantidad de desechos generados, mientras que el auge del tránsito de cruceros y buques de carga puede elevar los niveles de contaminación del aire y del agua.

Se ha producido un aumento del número de jóvenes que pertenecen a pandillas callejeras, que en general no están organizadas y se dedican a cometer pequeños delitos y robos y al tráfico de drogas. El país está intentado, por medio de programas y servicios específicos y a través de la oferta de empleo, que los jóvenes se desvinculen por iniciativa propia de las pandillas callejeras. No se ha constatado la presencia de organizaciones delictivas internacionales.

Se ha desarrollado una política nacional de seguridad alimentaria y nutricional, que se aplica sistemáticamente para asegurar que la producción alimentaria nacional sea segura y suficiente para cubrir las necesidades actuales de la población.

El programa de asistencia social proporciona alimentos y transferencias de efectivo para las familias pobres y también ayuda con los gastos imprevistos, como los resultantes de los daños por huracanes, incendios y gastos médicos especiales de emergencia. El sistema de protección social incluye los programas de seguridad social y de seguridad básica. En el 2015, la población asegurada tuvo un aumento de 16,9%.

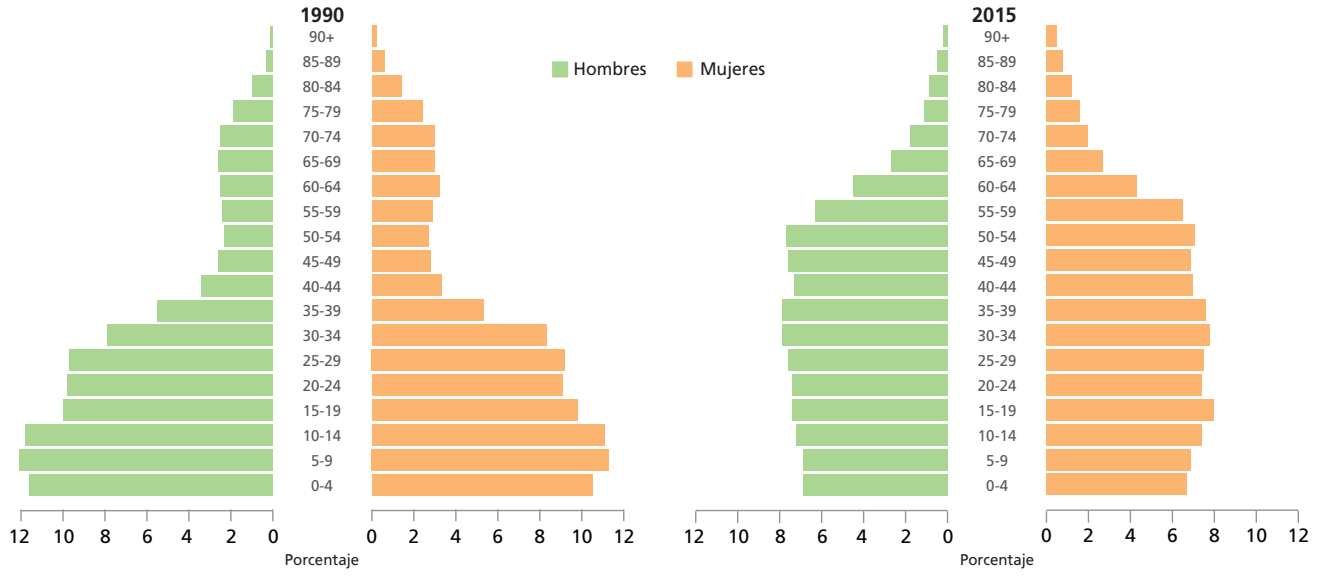
SITUACIÓN DE LA SALUD Y DEL SISTEMA DE SALUD

En el período 2011-2015 se registraron cinco muertes maternas, con una cifra que fluctúa entre cero y dos al año. La causa más frecuente de muerte materna fue la eclampsia.

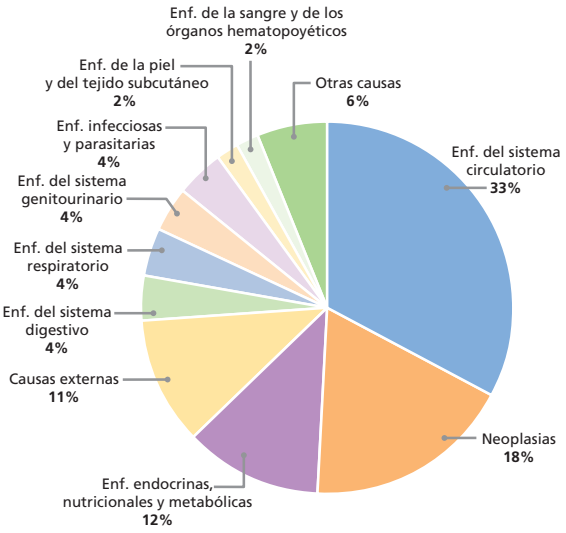
Están realizándose importantes esfuerzos para eliminar la transmisión maternoinfantil del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), la sífilis y la hepatitis B.

Con un número bajo de defunciones anuales, la tasa de mortalidad infantil ha fluctuado entre 12,0 y 25,3 muertes por 1 000 nacidos vivos en el período 2011-2015. En el 2015,

Estructura de la población según edad y sexo, Saint Kitts y Nevis, 1990 y 2015



Mortalidad proporcional (% defunciones totales, todas las edades, ambos sexos), 2012



la tasa de mortalidad neonatal fue de 22,2 muertes por 1 000 nacidos vivos. Las principales causas de mortalidad neonatal fueron la asfixia perinatal y la dificultad respiratoria del recién nacido.

La cobertura de todas las vacunas programadas en el período 2010-2015 fue superior a 90%. En el 2015, las infecciones respiratorias agudas y la gastroenteritis fueron las principales causas de morbilidad en niños menores de 5 años. Los adolescentes están expuestos a importantes riesgos para la salud, entre ellos el sobrepeso y la obesidad, el sedentarismo, el consumo de sustancias psicoactivas, la violencia física y las agresiones sexuales.

En el 2012, 33% de las muertes correspondieron a enfermedades del sistema circulatorio, y 18%, a neoplasias. Esos dos grupos de causas fueron responsables de más de la mitad de las muertes ocurridas en el país. En el 2013, las principales causas específicas de mortalidad en los adultos fueron las neoplasias malignas (163,8 muertes por 100 000 habitantes), las enfermedades cerebrovasculares (71,1), la diabetes mellitus (62,5), las cardiopatías isquémicas (32,3) y los traumatismos intencionales (25,9).

Se reportaron 314 casos de neoplasias malignas entre el 2011 y el 2014. Los tipos de cáncer más frecuentes fueron el de mama (19,1%), cuello uterino (19,7%) y próstata (19,7%).

Las principales causas de morbilidad en los adultos son el sobrepeso, la hiperlipidemia, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, la esquizofrenia, la depresión y el consumo de sustancias psicoactivas.

Entre 1984 y el 2014, el número de casos notificados de infección por el VIH fue de 385; el número de casos de sida fue de 149, con 112 muertes. El número total de casos de infección por el VIH aumentó de 57 a 65 durante el período 2011-2015 en comparación con 2006-2010. El tratamiento antirretroviral está disponible en forma gratuita y en todos los casos confirmados de tuberculosis se realiza la prueba del VIH, sin que se hayan detectado casos de coinfección desde el 2011.

Hubo 12 casos de tuberculosis notificados en el período 2011-2015, cifra que muestra una disminución respecto a los 15 casos notificados entre los años 2006 y 2010. Se registraron 63 casos de dengue endémico durante el período 2011-2014 y ningún caso en el 2015. Se notificaron dos casos de malaria importada entre el 2011 y el 2015.

Respecto al virus chikunguña, hubo 28 casos confirmados y 627 sospechosos notificados a finales del 2014. En el 2016 se notificaron tres casos de infecciones por el virus del Zika.

No se han notificado casos de cólera, rabia, lepra ni otras enfermedades desatendidas entre el 2010 y el 2015.

La prevalencia de diabetes mellitus se ha estimado en 20% y es la tercera causa de mortalidad en el 2013.

Los principales trastornos psiquiátricos atendidos entre el 2011 y el 2015 fueron la esquizofrenia (793 casos), los trastornos esquizoafectivos (297), el trastorno bipolar (190), la depresión (120) y la psicosis inducida por el cannabis (54).

En el 2011, 32,5% de los estudiantes de secundaria tenían sobrepeso y 14,4% eran obesos. Ese año se registraron seis muertes de adolescentes, cinco de las cuales fueron homicidios. En el 2008, el grupo de 25 a 64 años de edad registraba 33,5% de sobrepeso y 45% de obesidad.

Por tratarse de una federación compuesta por dos islas, hay dos ministerios de salud con sendas estructuras orgánicas paralelas. Cada isla tiene un ministro y un secretario permanente que se responsabilizan de organizar y administrar los servicios de salud pública.

Cada ministerio se articula en tres dependencias: una oficina de formulación de políticas y gestión de la información, que incluye la unidad de información de salud; un área de servicios de salud para la comunidad, que engloba las prestaciones de salud familiar, salud ambiental y promoción de la salud; y un área de servicios de salud institucionales, que se ocupa de los servicios de atención clínica. Hay un único director de salud (*chief medical officer*), con competencia en toda la federación. El liderazgo en salud y la gobernanza se guían por la política de salud, con servicios esenciales establecidos en la legislación vigente.

El gasto en salud aumentó de 2,54% PIB en el 2010 a 2,72% en el 2014.

En el 2015, Saint Kitts y Nevis tenía 23,3 médicos, 36,6 enfermeras y 3,5 odontólogos por 10 000 habitantes. De los 118 facultativos en ejercicio que había en el 2015, 21% trabajaban en el sector público y 32%, tanto en el sector privado como en el público.

El principal hospital público de referencia es el Joseph N. France General Hospital, con 150 camas, y está situado en Saint Kitts. Por su parte, el Alexandra Hospital, ubicado en Nevis, dispone de 50 camas. Hay dos hospitales de distrito en Saint Kitts que ofrecen servicios de hospitalización básicos. Hay 17 centros públicos de atención primaria (11 en Saint Kitts y 6 en Nevis).

También existen servicios de atención geriátrica a largo plazo, tanto en el sector público como en el privado. Las personas que requieren atención de nivel terciario, como quimioterapia y radioterapia, habitualmente deben desplazarse al extranjero, lo cual supone un gasto personal considerable.

Se ofrece atención médica gratuita de todos los niveles (primario, secundario y terciario) a todos los residentes (ciudadanos o extranjeros con permiso legal de residencia en la Federación de Saint Kitts y Nevis) que no pueden afrontar los gastos relacionados. El Gobierno está trabajando en un registro de personas con discapacidad para elaborar una política y un plan dirigidos a esta población.

En el 2013 se implantó el sistema caribeño de registro civil e identidad (CCRIS, por su sigla en inglés), a fin de facilitar la inscripción computadorizada de los nacimientos y las defunciones y de proporcionar estadísticas vitales de manera oportuna.

LOGROS, DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS

La transición de los Objetivos de Desarrollo del Milenio a los Objetivos de Desarrollo Sostenible se ha efectuado en gran medida mediante la reestructuración de la deuda nacional (reduciéndola significativamente en relación con el PIB), la formulación de una política preliminar de seguridad alimentaria y nutricional, y el énfasis continuo en el desarrollo humano.

Los riesgos percibidos para el desarrollo sostenible pueden deberse a la vulnerabilidad climática y ambiental, y se ha logrado avanzar hacia la delimitación de zonas habitables. El país cuenta con un mapa de riesgo asociado a establecer zonas adecuadas para el asentamiento de las poblaciones humanas.

En la estrategia nacional de protección social para el período 2012-2017 se pretende abordar, mediante diversos programas sociales y educativos, las repercusiones de la pobreza para las mujeres y los hombres, el efecto del desempleo en el jefe del hogar y los problemas de los niños en situación de riesgo, entre otros.

La atención prestada al "servicio al cliente" y la satisfacción general de los pacientes han mejorado, pero deben optimizarse adoptando un "estatuto de los pacientes" y una política que rija la calidad asistencial.

Actualmente se está finalizando una versión preliminar de la política de salud mental, un plan estratégico para controlar el consumo de sustancias psicoactivas y una ley de salud mental.

El envejecimiento de la población supone una mayor demanda de servicios de protección social y de salud.

Se estableció una junta nacional de gobernanza para las tecnologías de la información y de la comunicación.

PUNTOS ADICIONALES

Los avances en materia de salud de las últimas décadas obedecen a la mejora global del país, que ha logrado mantener y hacer crecer su economía. A esto se añade la preocupación integral de los responsables de la política sanitaria por abordar los determinantes sociales.

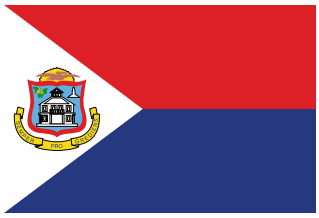
El Gobierno ha identificado como prioridad la cobertura universal de salud, para generar políticas y programas dirigidos a avanzar gradualmente hacia mayores niveles de cobertura para la población. Está explorando la introducción de un plan nacional de seguro médico, que se espera que sea financiado a partir de las contribuciones del sector de la población activa con empleo.

Los progresos futuros deben mantener el mismo enfoque; en esa línea, el Gobierno ha implementado estrategias para abordar la inversión racional en servicios, el compromiso con la equidad en la distribución de los recursos y la gestión sectorial, el logro de una fuerza laboral sana, formada y capacitada, y la protección de los grupos vulnerables.

Se está adoptando un enfoque de determinantes sociales para abordar las epidemias actuales causadas por las enfermedades crónicas no transmisibles y por la violencia interpersonal.

Las propuestas orientadas a mejorar la nutrición de la población incluyen la educación de los consumidores y la formulación de políticas centradas en la salud. Ello contribuirá a controlar los factores que estimulan el excesivo consumo de los calorías, grasas, azúcar y sal, incluyendo la manipulación de precios y la publicidad.

Las nuevas tecnologías sanitarias se consideran parte esencial de las políticas que deben aplicarse, destacando la necesidad de contar con equipos médicos con tecnología apropiada para el diagnóstico y el tratamiento médico.



SAN MARTÍN

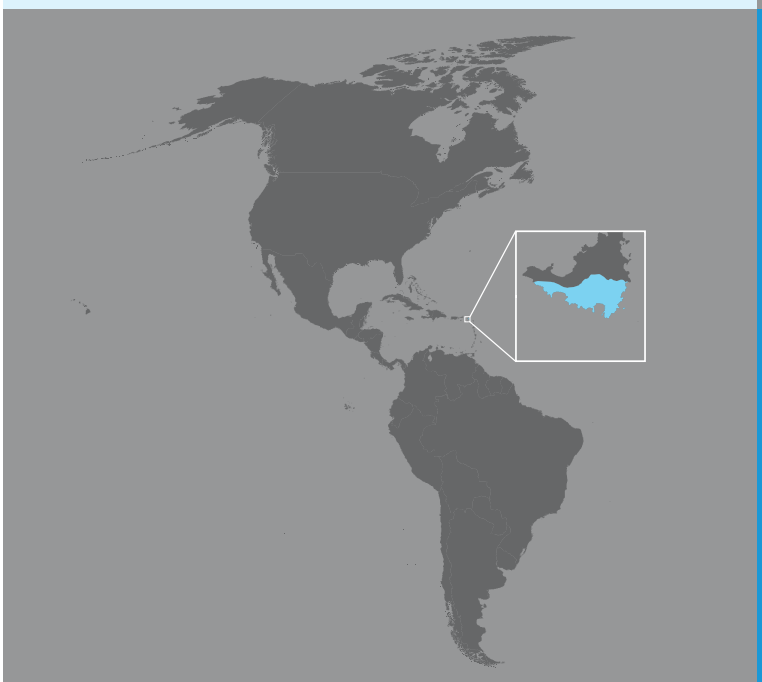
INDICADORES BÁSICOS SELECCIONADOS

1990-2015

	Valor 1990	Valor y año	Variación (%)
Ingreso nacional bruto, paridad de poder adquisitivo (PPA, US$ per cápita)	...	...	...
Índice de desarrollo humano	...	...	...
Promedio de años de escolaridad	...	...	...
Población que usa instalaciones de agua potable mejoradas (%)	...	...	...
Población que usa instalaciones de saneamiento mejoradas (%)	...	...	...
Esperanza de vida al nacer (años)	...	**78,1** (2015)	...
Mortalidad infantil (por 1 000 nacidos vivos)	...	**16,0** (2013)	...
Mortalidad materna (por 100 000 nacidos vivos)	...	**195,7** (2013)	...
Incidencia de tuberculosis (por 100 000 habitantes)	...	...	...
Mortalidad por tuberculosis (por 100 000 habitantes)	...	...	...
Cobertura de inmunización contra el sarampión (%)	...	**98,0** (2015)	...
Cobertura de atención del parto por personal cualificado (%)	...	**100,0** (2015)	...



Población en 1992 (miles)	**32,2**
Población en el 2015 (miles)	**37,2**
Variación (%)	**15,5**



San Martín se encuentra en el nordeste del Mar del Caribe. Forma parte de islas de Sotavento de las Antillas Menores. Comparte la frontera terrestre del norte con la Colectividad San Martín (municipio francés). Tiene una superficie de de 34 km^2. Hasta el 2010 formó parte de las Antillas Neerlandesas del Reino de los Países Bajos.

En el 2014, la población era de 37 224 habitantes. Todos residen en zonas urbanas.

En 1990, la estructura poblacional era una combinación de tendencia expansiva con aumento de población en edades medias, que se ha trasladado a edades superiores, convirtiéndose relativamente estacionaria en los menores de 30 años. La esperanza de vida al nacer en el 2015 fue de 80,6 años para las mujeres y 75,8 para los hombres.

En el 2002, 5% de la población tenía 60 años o más, en comparación con 11% en el 2012. El turismo y la construcción son las principales actividades económicas. Más del 90% de los productos alimentarios se importan.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

En el 2016 y el 2017 se proyecta un aumento menor de 1,0% en la economía, según el Fondo Monetario Internacional.

La asignación del presupuesto nacional para educación fue de 18,4% y 19,4% en los años 2013 y 2014, respectiva Se estima que 30% de la población no está asegurada y 10% tiene seguro médico privado.

El grupo de 50 a 60 años de edad representó 22% de la población, con proyecciones de mayor aumento en su segmento de más edad.

Este cambio demográfico será un importante factor que contribuirá al aumento de los costos de salud y de la presión sobre los limitados recursos financieros y humanos en el sector de la salud.

En el 2009 hubo 216 llamadas de ambulancias asociadas a la violencia (por heridas, cortes, puñaladas y disparos). Esta cifra disminuyó aproximadamente 50% en el 2010.

Los principales problemas ambientales se relacionan con la disponibilidad de agua y el saneamiento, la contaminación del agua, la recolección de basuras, la gestión de los residuos hospitalarios y de los vertederos.

El agua potable se obtiene del agua de mar mediante plantas desalinizadoras. La cobertura de las aguas residuales muestra niveles bajos de conexión.

SITUACIÓN DE LA SALUD Y DEL SISTEMA DE SALUD

En año 2013 se registró una muerte materna y en el 2014, el Centro Médico de San Martín prestó servicios en 523 partos.

La tasa de atención prenatal por personal capacitado fue de 100% en el 2016 y el porcentaje de partos hospitalarios fue de 100 para ese mismo año.

Entre el 2010 y el 2013 hubo 685 muertes, con un promedio de 171 al año. La cardiopatía isquémica fue la principal causa de defunciones en 2012, seguida de la diabetes. Se observa un importante incremento en las neoplasias como causa de muerte.

En 2010, se notificó un único caso de sarampión.

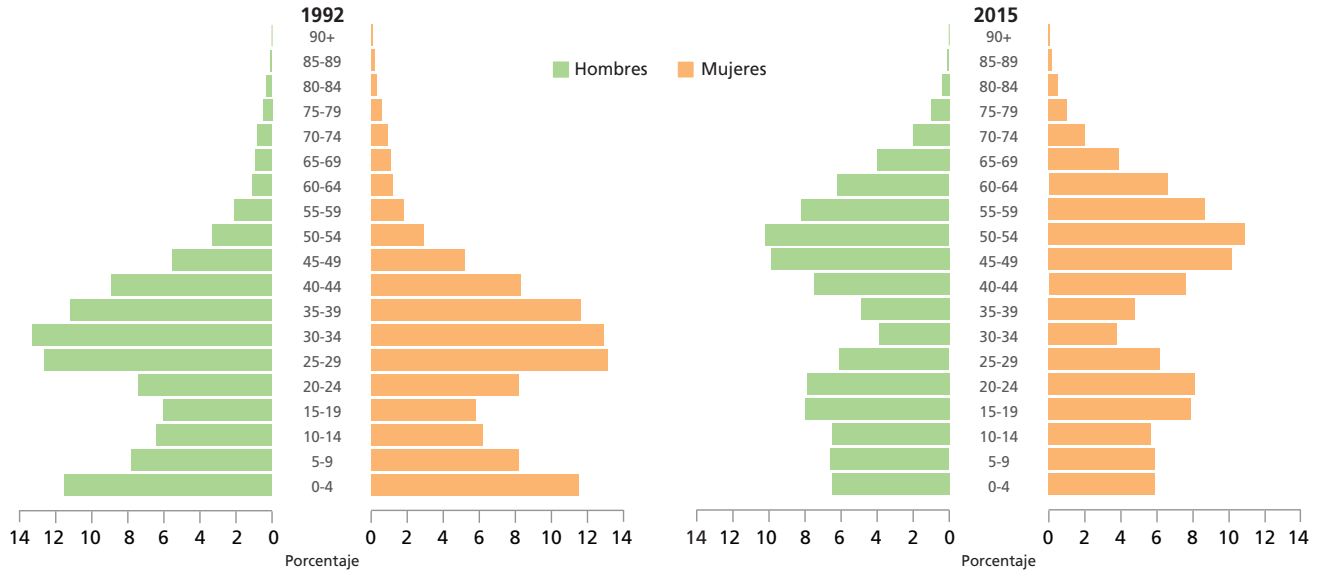
En mayo de 2013 se introdujo la vacuna antineumocócica. En septiembre de 2013 se instauró la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) para las niñas de 9 a 10 años de edad.

San Martín informó de su primer caso confirmado de virus chikunguña el 6 de diciembre de 2013, totalizándose 8 casos para ese año.

En el 2015 se reportaron 13 casos de dengue. No hubo casos de malaria autóctona durante el período del 2010 al 2013. Sin embargo, se registraron dos casos importados.

No hubo casos de cólera notificados en el período del 2010 al 2013.

Estructura de la población según edad y sexo, San Martín, 1992 y 2015



La salmonelosis fue la principal enfermedad entérica notificada, con 11 casos entre el 2010 y el 2013. Se informó de dos casos de shigelosis.

En 2011 se registraron 18 nuevos casos de virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), 57,1% en los hombres y 49,9% en las mujeres. Cuatro de ellos fueron diagnosticados como sida.

Los grupos de edad más afectados por el VIH fueron los de 20 a 24 años y los de 40 a 44 años.

En el 2013, 83,3% de los adultos diagnosticados de VIH recibían tratamiento con antirretrovirales 12 meses después del diagnóstico.

En el 2009, casi 40% de los niños entre 12-19 años tenían sobrepeso y, dentro de este grupo, alrededor de 54% eran obesos.

El rol rector sobre el sistema de salud corresponde al Ministerio de Salud Pública, Desarrollo Social y Trabajo. El Ministerio se enfrenta a retos importantes para garantizar el acceso universal a los servicios de salud, asegurar la buena gobernanza y desempeñar un papel de dirección eficaz.

Se estima que 30% de la población no está asegurada. El gasto público en salud es de aproximadamente 2% del producto interno bruto (PIB). En el 2014 se asignó al sistema de salud 6,3% (US$ 15 millones) del presupuesto fiscal.

La atención primaria y secundaria se proporcionan a través de una combinación de instalaciones privadas y sin fines de lucro con diversos planes ofertados, lo que se traduce en la fragmentación del sistema.

Dos organismos financiados por el Estado prestan servicios asistenciales: la Cruz Blanca y Amarilla y el Consultorio de bebés.

La Cruz Blanca primero presta atención a los adultos mayores por medio de asistencia en hogares de ancianos, atención geriátrica, rehabilitación y una residencia para discapacitados.

El consultorio de bebés presta servicios de salud maternoinfantil, que cubren a las embarazadas y a 90% de los menores de 4 años de edad; los pediatras particulares cubren al 10% restante. El equipo incluye un médico general, tres enfermeras, un dentista y una recepcionista. El consultorio también ofrece atención dental coordinada por un promotor de salud bucodental. En su cobertura escolar, el equipo incluye un médico general, dos enfermeras registradas, un promotor dental y de salud oral.

Otras entidades que prestan servicios de atención primaria incluyen a los servicios voluntarios de atención de salud y a algunas organizaciones no gubernamentales, como la Fundación del Sida en San Martín, la Fundación de la Diabetes y la Positive Foundation para la prevención del cáncer.

Los servicios de atención compleja se garantizan mediante un acuerdo el asegurador, principalmente el Seguro Social y Médico y establecimientos de Aruba, Colombia, Cuba, Curaçao, Estados Unidos, República Dominicana y Venezuela.

El Centro Médico de San Martín es privado y no subvencionado, y proporciona atención primaria y secundaria. Además, presta apoyo asistencial a las islas cercanas, incluyendo Saba, San Eustaquio y Anguila. En total, atiende a una población de aproximadamente 54 000 personas.

En el 2014, ese centro hospitalario contaba con 66 camas y 260 funcionarios, incluyendo personal asistencial, administrativo y técnico. Dispone de un departamento de asistencia ambulatoria y otro de hospitalización. También cuenta con departamentos de urgencias, radiología y de diálisis. El departamento de hospitalización incluye pabellones médicos, pediátricos y quirúrgicos; una unidad de cuidados intensivos y una sala de parto; un quirófano y una sala de recuperación con un sistema de guardia en caso de operaciones de urgencia; un departamento de ingresos y un departamento de atención al paciente.

En el 2014 se disponía de 12 farmacias y 12 farmacéuticos. En el 2011 había 130 médicos, con 26 especialidades registradas.

Actualmente, están realizando esfuerzos formativos para licenciar a enfermeras practicantes en el Centro Médico local.

El sistema de registro de información y estadística, a la fecha, se sigue generando y recopilando la información de salud en papel, lo cual dificulta la consolidación de datos y, en consecuencia, obstaculiza la toma de decisiones de manera eficaz y oportuna.

Para subsanar esta situación, actualmente el Gobierno está evaluando diversos programas y equipos informáticos, con la finalidad de integrar la información de salud entre las muchas instituciones de salud involucradas.

LOGROS, DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS

Pese a ser un país y economía pequeños, San Martín cuenta con una legislación que establece diversos regímenes de seguridad social y aseguramiento para distintos grupos de interés, entre ellos la pensión general de ancianos, el seguro general de viudos y huérfanos, el seguro de accidentes, el seguro de enfermedad y el seguro de indemnización por despido.

En el 2014, el Gobierno lanzó el plan nacional de salud mental 2014-2018.

El Ministerio de Salud Pública, Desarrollo Social y Trabajo subsidia la Fundación de Salud Mental, el único proveedor de servicios comunitarios de salud mental en la isla. El seguro social cubre a 80% de la población, proporcionando cobertura total para los fármacos psicotrópicos.

Los funcionarios públicos se rigen por la ley general de seguro de enfermedad especializada, que incluye un plan de salud con cobertura, y la Caja Gubernamental de Seguro de Salud.

Además, el Fondo General de Pensiones otorga pensiones a los ancianos, a las personas con discapacidad, a las personas dependientes y a los niños huérfanos, y a los empleados públicos.

El Gobierno financia los asuntos sociales a través del presupuesto nacional, proporcionando ayuda financiera a las familias de acuerdo a sus niveles de ingresos.

Los desafíos son robustecer el sistema de salud, alcanzando mayores niveles de organización y cobertura, así como aumentar los niveles de registro de datos y estadísticas con el fin de generar mayores capacidades de vigilancia y monitorización del estado de la salud de población, con especial énfasis en las enfermedades crónicas no transmisibles y en los determinantes sociales de la salud.

El cambio demográfico y de perfil epidemiológico de la población (en el que destacan el envejecimiento progresivo de la población y las enfermedades crónicas), contribuirá en gran medida al aumento de los costos del cuidado de la salud y ejercerá una presión adicional sobre los limitados recursos financieros y humanos del sector de la salud.

PUNTOS ADICIONALES

El Estado debe analizar el sistema de salud actual y su sostenibilidad, así como las formas de proteger este sector de los shocks económicos en atención a la dependencia de los ingresos nacionales de actividades muy dependientes de la situación económica externa.

El Gobierno financia los asuntos sociales a través del presupuesto nacional, proporcionando ayuda financiera a las familias que no pueden sufragar sus necesidades, incluyendo la cobertura de los gastos médicos para los nacionales y los ancianos en función de sus ingresos.

Para cumplir con esta responsabilidad, el país se enfrenta a retos importantes en la financiación y sustentabilidad de sus servicios sanitarios. El Ministerio de Salud Pública se enfrenta a retos importantes para garantizar el acceso universal a los servicios de salud, asegurar la buena gobernanza y desempeñar un papel de dirección eficaz. Cabe señalar que 30% de la población no está asegurada y que el presupuesto de salud pública es de 2% del PIB.

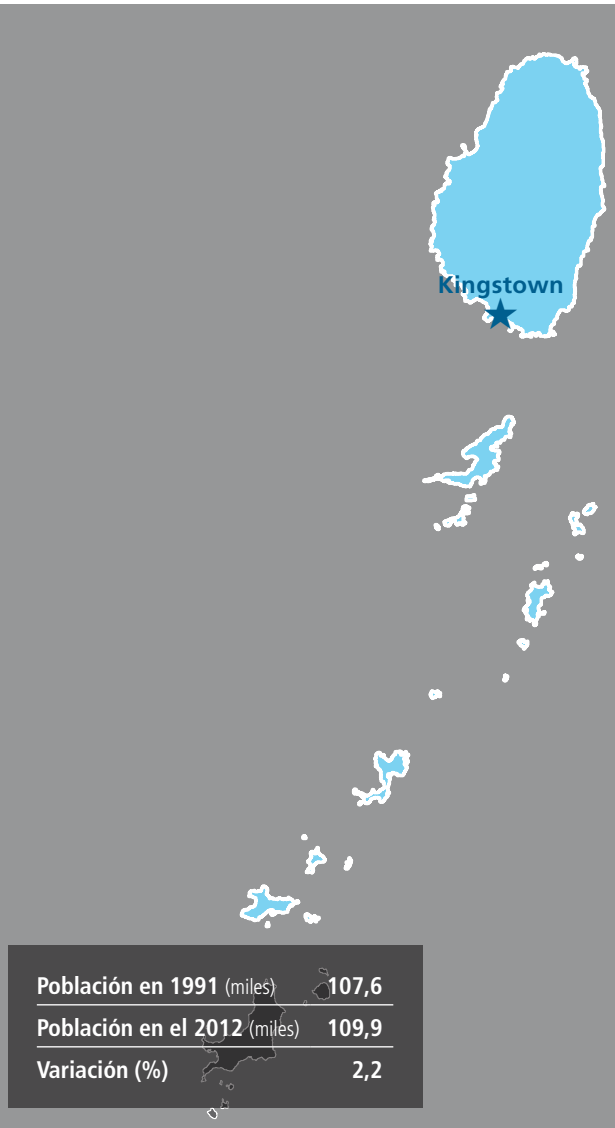


SAN VICENTE Y LAS GRANADINAS

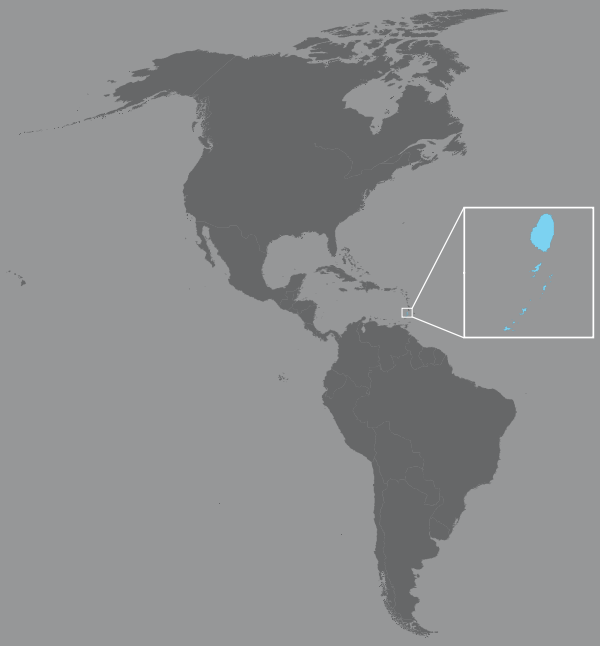
INDICADORES BÁSICOS SELECCIONADOS

1990-2015

	Valor 1990	Valor y año	Variación (%)
Ingreso nacional bruto, paridad de poder adquisitivo (PPA, US$ per cápita)	...	10 730 (2014)	...
Índice de desarrollo humano	...	0,719 (2013)	...
Promedio de años de escolaridad	...	8,6 (2014)	...
Población que usa instalaciones de agua potable mejoradas (%)	88,0	95,0 (2015)	8,0
Población que usa instalaciones de saneamiento mejoradas (%)	63,0	76,0 (2015)	20,6
Esperanza de vida al nacer (años)	70,1	75,3 (2013)	7,4
Mortalidad infantil (por 1 000 nacidos vivos)	20,5	15,8 (2014)	-22,9
Mortalidad materna (por 100 000 nacidos vivos)	...	...	...
Incidencia de tuberculosis (por 100 000 habitantes)	27,0	4,9 (2013)	-81,9
Mortalidad por tuberculosis (por 100 000 habitantes)	1,0	2,8 (2013)	180,0
Cobertura de inmunización contra el sarampión (%)	96,0	100,0 (2015)	4,2
Cobertura de atención del parto por personal cualificado (%)	...	98,7 (2015)	...



Población en 1991 (miles)	107,6
Población en el 2012 (miles)	109,9
Variación (%)	2,2



San Vicente y las Granadinas es un estado conformado por varias islas en el Caribe oriental. Tienen una superficie de 389 km² y la mayor es San Vicente, con 344 km². Las Granadinas están conformadas por siete islas y 23 cayos e islotes deshabitados. El país se divide en seis parroquias, incluyendo una que cubre a todas las islas Granadinas.

Entre 1990 y el 2012 la población se incrementó en 2,2%. En 1990, su estructura era expansiva y actualmente está adoptando una forma regresiva. Su población fue de 109 991 habitantes en el 2012 (en 1991 era de 107 598 habitantes).

La población es principalmente de ascendencia africana (71,2%), mestiza (23%), indígena (3%) y de la India oriental (1,1%). En el 2015, la esperanza de vida al nacer era 77,1 para las mujeres y 73,1 para los hombres.

El ingreso per cápita para el 2013 fue de EC$ 17 395 (dólares del Caribe oriental; un dólar estadounidense equivale a EC$ 2,70). Su economía es de un país de ingresos medianos-altos.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

La tasa de alfabetización de adultos es de 70,1% y la educación primaria y secundaria es gratuita.

En el 2008 se estimó que 30,2% de la población era pobre, en comparación con 37,5% en 1996.

La migración interna e internacional no tiene impacto significativo en la salud de la población y los migrantes tienen acceso al sistema de salud local.

En el 2015, 95% de la población tenía acceso a agua potable segura; se vigila el cloro residual en el abastecimiento de agua.

En el 2012, 94,3% de los hogares tenían inodoros con cisterna (68,5%) o letrinas de pozo. El Gobierno encargó la construcción de una laguna de estabilización para que reciba los efluentes de los tanques sépticos para su descomposición.

La unidad de gestión de los residuos sólidos, junto con las entidades privadas de recolección de basura, recogen la basura de 100% de los hogares. Estos se depositan en los cinco vertederos operados por el Gobierno, dos en San Vicente y tres en las Granadinas.

Por su posición geográfica, el país está expuesto a desastres naturales, entre los que destacan las tormentas tropicales y los huracanes. La organización nacional para la gestión de emergencias da respuesta para enfrentar este tipo de desastres. El país todavía se está recuperando de la tormenta tropical Tomás del 2010, que arrojó daños por US$ 50,7 millones.

En el 2014, el gasto total en salud, incluidos tanto el gasto público como el privado, representó 5,3% del producto interno bruto (PIB).

El acceso a los servicios de salud es casi universal, con un arancel mínimo por prestación en los niveles secundario o terciario.

SITUACIÓN DE LA SALUD Y DEL SISTEMA DE SALUD

En el 2015 no se registraron muertes maternas. Se han realizado importantes esfuerzos para eliminar la transmisión maternoinfantil del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), la sífilis y la hepatitis B.

El país ha alcanzado 100% de asistencia por personal calificado durante el parto y más de 95% de las mujeres embarazadas reciben atención prenatal. Los datos clínicos del 2012 indican que 78,4% de los niños de 0 a 6 meses han sido alimentados exclusivamente con leche materna.

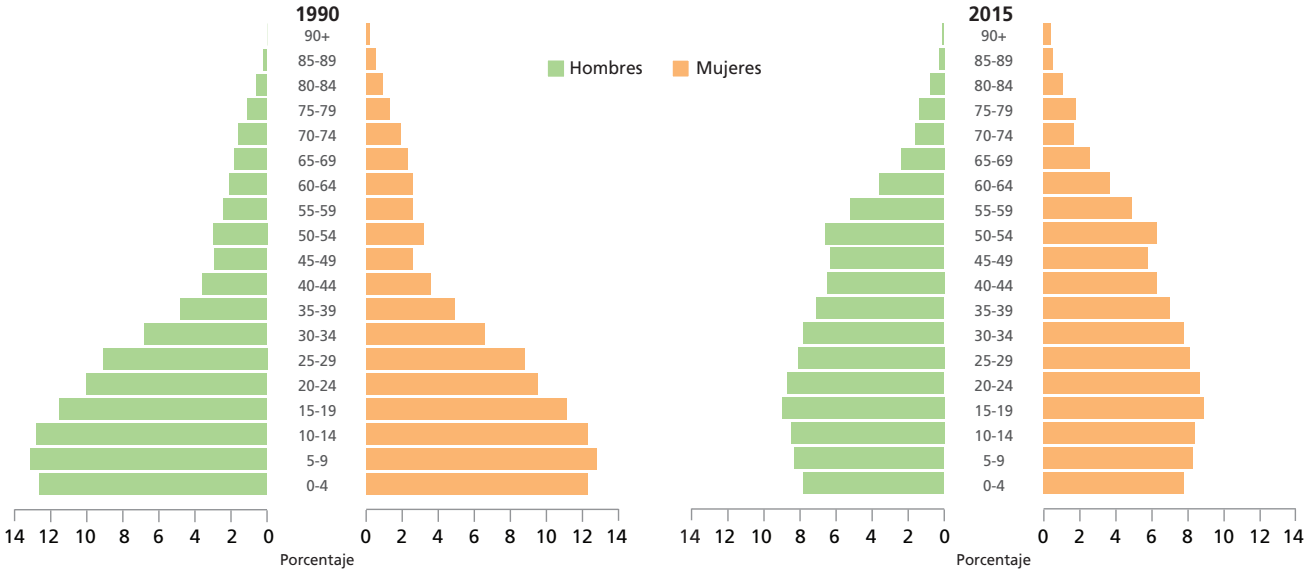
Durante el 2015 hubo 1 867 nacimientos. Ese año, la tasa total de fecundidad era de 1,8 niños por mujer.

Entre el 2010 y el 2013, el embarazo en las adolescentes osciló entre 17,6% y 20,0% del total de nacimientos.

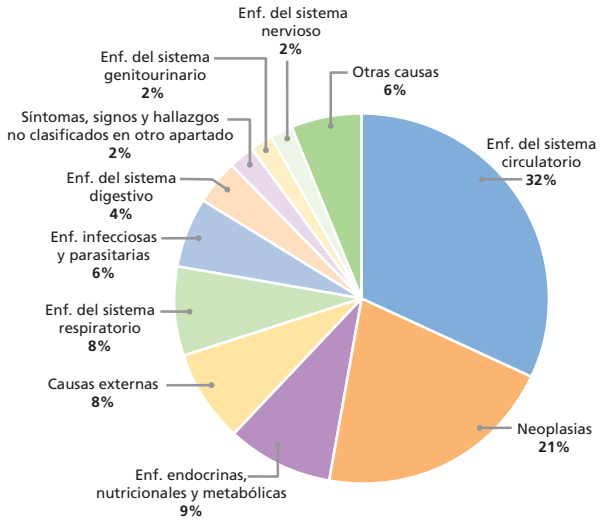
La tasa de mortalidad infantil fue de 15,8 por 1 000 nacidos vivos en el 2014. Las muertes se atribuyeron a afecciones originadas en el período perinatal.

Entre el 2010 y el 2014 hubo seis muertes en el grupo de entre 1 y 4 años de edad.

Estructura de la población según edad y sexo, San Vicente y las Granadinas, 1990 y 2015



Mortalidad proporcional (% defunciones totales, todas las edades, ambos sexos), 2015



Las principales causas de morbilidad entre los menores de 5 años fueron las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades de la piel y las enfermedades diarreicas. No se han notificado casos por enfermedades prevenibles mediante vacunación.

En el 2015, hubo 11 muertes en adolescentes. La principal causa en este grupo etario fueron los accidentes y traumatismos.

En el 2015, las enfermedades del sistema circulatorio provocaron 32% de las muertes y las neoplasias, 21%. Esos dos grupos de enfermedades causaron más de la mitad de las muertes totales. En el 2014, los fallecimientos en el grupo de 20 a 59 años se debieron sobre todo a neoplasias malignas y a enfermedades del sistema circulatorio.

Las neoplasias malignas (121-174 por 100 000 habitantes), la cardiopatía isquémica (96-130 por 100 000 habitantes) y las enfermedades transmisibles (82-101 por 100 000 habitantes) fueron las tres principales causas de muerte en el período 2009-2013, junto con la diabetes mellitus, las enfermedades cerebrovasculares y las enfermedades hipertensivas.

La diabetes es el trastorno endocrino y metabólico que contribuye con tasas de mortalidad de entre 43 y 109 muertes por 100 000 habitantes.

Las causas más comunes de muerte no intencional son los accidentes de vehículos de motor y otras causas externas de traumatismos accidentales, como las caídas.

En el período 2010-2014 se notificaron 619 casos de dengue, 95 en el 2013 y 11 en el 2014. En el 2014, los casos de infección por virus chikunguña alcanzaron niveles de epidemia y se confirmaron 181 casos, y 8 en el 2015.

La presencia del virus del Zika se confirmó en febrero del 2016 y en agosto del mismo año ya había 38 casos confirmados y 156 presuntos casos.

La leptospirosis se mantienen como problema de salud pública, con 120 casos y 11 defunciones durante el período 2010-2014.

El país mantiene una baja prevalencia de la infección por el VIH, y se mantuvo en menos de 1% de los habitantes.

En el período 2011-2015 se registraron 67 casos de tuberculosis. La coinfección de tuberculosis y VIH continúa siendo un problema, ya que 14,9% de los casos de tuberculosis fueron diagnosticados con VIH durante ese período.

Durante los años 2011-2014, las patologías diagnosticadas con más frecuencia fueron la hipertensión, la diabetes y los cánceres de mama, cervicouterino y de próstata.

El acceso a los servicios de salud es casi universal y gratuito en los niveles primario y secundario. Tiene tarifas mínimas para los usuarios que acuden a los niveles de mayor complejidad asistencial.

Los servicios públicos de salud se prestan principalmente a través de una red de distintos niveles asistenciales que incluyen dispensarios de atención primaria, hospitales rurales distritales y, el Milton Cato Memorial Hospital de atención secundaria y terciaria. Esto se complementa con diferentes consultorios privados, y el único hospital privado es el Hospital Maryfield, con una capacidad de 12 camas. Al igual que muchos otros países del Caribe, algunos servicios de atención de mayor complejidad se prestan en países próximos.

Entre el 2012 y el 2014, el personal técnico de salud comprendía 793 personas, incluyendo 87 médicos, 341 enfermeras registradas, 46 asistentes de salud comunitaria, 7 dentistas y 23 farmacéuticos. La educación continua es un requisito para la renovación de la autorización para ejercer en algunas categorías profesionales.

El Centro de Salud Mental es la única institución que atiende a pacientes agudos y crónicos con trastornos psiquiátricos, como esquizofrenia, depresión, trastorno bipolar y retraso mental. Anualmente, el volumen de pacientes (externos y hospitalizados) varía entre 165 y 179.

En el 2014, se certificó a 617 manipuladores de alimentos, gracias a los esfuerzos locales para aumentar la seguridad de los alimentos.

Aunque el sistema nacional de información de salud ha implantado un sistema electrónico, todavía se utilizan ampliamente los registros en papel. La tecnología móvil y la utilización de los servicios de telemedicina brindan apoyo a la atención de pacientes por especialistas.

LOGROS, DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS

El servicio nacional de seguridad social proporciona protección mediante subsidios por enfermedad, maternidad, invalidez, desempleo, gastos funerarios y ayudas a los sobrevivientes. No hay un seguro médico nacional y actualmente se está analizando su viabilidad. Se ha avanzado en las cuestiones ambientales, con mejor acceso al agua potable y a los servicios de saneamiento. Además se han adoptado disposiciones adecuadas para eliminar desechos sólidos y líquidos.

En el progreso de temas ambientales, se ha dado énfasis al control de los vectores, el Reglamento Sanitario Ambiental y el cambio climático.

En la última década las infecciones y enfermedades transmisibles han descendido de forma acusada.

En el 2011, una evaluación destacó la ausencia de un plan de recursos humanos para la salud, un plan que resulta necesario desarrollar.

Sigue siendo motivo de preocupación hacer frente al envejecimiento de la población y las necesidades en aumento de las personas mayores, luchar contra el consumo de drogas y sustancias psicoactivas en la población adolescente y el creciente nivel de violencia en todo el país.

La construcción de un sistema de protección frente a los desastres meteorológicos requiere de sistemas adecuados de coordinación para la recepción de avisos de alarma temprana y para la coordinación de acciones de respuesta.

Para el 2016, San Vicente completó el informe de eliminación de la transmisión maternoinfantil de la sífilis y la infección por el VIH, y está avanzando en la verificación de datos para prepararse para el proceso de validación. El país puso en marcha una nueva política para el período 2014-2025 con el propósito de combatir la infección por el VIH/sida y las enfermedades de transmisión sexual.

La detección temprana de las neoplasias malignas requiere la coordinación adecuada de posibilidades de atención médica en territorios vecinos, así como de sistemas oportunos de derivación y evacuación médica.

Las enfermedades crónicas no trasmisibles deben abordarse a través de esfuerzos multisectoriales que trabajen en la prevención de factores de riesgo, así como contar con sistemas de atención primaria con una suficiente cobertura territorial.

La adquisición de medicamentos para el sector público se ha llevado a cabo a través de los Servicios de Adquisición Farmacéutica de los Estados del Caribe Oriental, a un costo de aproximadamente US$ 4 a 5 millones anualmente en el período 2012-2015. Los medicamentos para el sector privado se adquirieron en el mercado abierto.

El control de los vectores de los virus chikunguña y del Zika requiere de esfuerzos sostenidos en el tiempo y un manejo integral a través de acciones con participación de las comunidades, ya que sigue planteando graves amenazas para la salud pública.

PUNTOS ADICIONALES

El logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible está en el centro de la estrategia de lucha contra la pobreza establecida por el Gobierno en el 2003. Se han logrado importantes avances en aspectos relativos a los determinantes sociales de la salud y propios del sistema de salud.

La salud maternoinfantil claramente seguirá siendo prioritaria, y el país se esforzará por mejorar o mantener la cobertura de vacunación en un nivel superior a 95%.

Se destacan las estrategias de derivación de pacientes que requieren mayores niveles de capacidad resolutiva y la adquisición de medicamentos a través de sistemas de compra agregada regional. La estructuración de diversos niveles, con especial énfasis en las capacidades locales para desarrollar la atención primaria y desarrollar programas preventivos para enfermedades transmisibles, parece ser un desafío importante para el país y para sus autoridades estatales.

El Gobierno ha puesto en marcha un plan para eliminar gradualmente el uso de hidroclorofluorocarbonos como parte de las obligaciones del país en el marco del Protocolo de Montreal.



SANTA LUCÍA

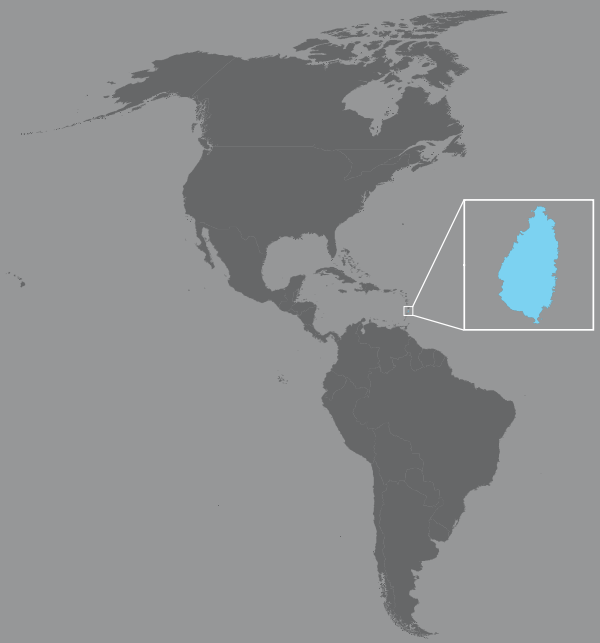
INDICADORES BÁSICOS SELECCIONADOS

1990-2015

	Valor 1990	Valor y año	Variación (%)
Ingreso nacional bruto, paridad de poder adquisitivo (PPA, US$ per cápita)	...	10 540 (2014)	...
Índice de desarrollo humano	...	0,729 (2013)	...
Promedio de años de escolaridad	...	8,4 (2014)	...
Población que usa instalaciones de agua potable mejoradas (%)	93,0	96,0 (2015)	3,2
Población que usa instalaciones de saneamiento mejoradas (%)	78,0	92,5 (2015)	18,6
Esperanza de vida al nacer (años)	71,1	77,8 (2016)	9,4
Mortalidad infantil (por 1 000 nacidos vivos)	18,6	17,0 (2014)	-8,6
Mortalidad materna (por 100 000 nacidos vivos)	...	...	...
Incidencia de tuberculosis (por 100 000 habitantes)	11,0	3,7 (2013)	-66,5
Mortalidad por tuberculosis (por 100 000 habitantes)	4,0	1,2 (2013)	-70,0
Cobertura de inmunización contra el sarampión (%)	82,0	97,0 (2015)	18,3
Cobertura de atención del parto por personal cualificado (%)	...	99,1 (2015)	...



Población en 1990 (miles)	138,2
Población en el 2014 (miles)	172,2
Variación (%)	24,6



Santa Lucía es una nación situada en el mar Caribe, entre las islas Martinica y San Vicente y las Granadinas. Con una superficie de 620 km², está dividida en 11 distritos. Es una democracia parlamentaria en la que se celebran elecciones cada cinco años.

En el 2014, su población era de 172 255 habitantes, con 21,8% de la población en el grupo de edad de 60 años o más. Su estructura poblacional está adoptando una forma regresiva, relacionada con la disminución de la fecundidad y de las muertes prematuras.

La población es principalmente de ascendencia africana (85,3%), seguida de mestizos (10,8%). La esperanza de vida promedio en el 2016 se estimó en 77,8 años (75,0 en los hombres, 80,7 en las mujeres).

El producto interno bruto (PIB) per cápita fue de US$ 6 848 en el 2014. Su economía depende principalmente del turismo (65% del PIB).

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

En el 2005 (última evaluación disponible), 18,7% de las familias y 25,1% de las personas eran pobres, y 5,3% de las familias y 7,1% de las personas eran indigentes, una situación que afectaba en mayor medida a las comunidades rurales.

El nivel de alfabetización en las mujeres jóvenes, de 15 a 24 años, fue de 99,3% en el 2012. En el 2014, el desempleo fue de 24,4% y la desocupación de la juventud aumentó a 41,8%.

Más del 80% de los hogares tienen acceso a agua potable mediante conexiones domiciliarias con el sistema. La población restante accede al agua a través de fuentes públicas, camiones y cisternas privadas. Hay instalaciones sanitarias en el 92,5% de los hogares (conexiones a alcantarillas, fosas sépticas o letrinas de pozo).

De los hogares, 88% cuenta con recolección domiciliaria de basura, que se deposita en dos vertederos sanitarios en la isla. El compostaje, el vertido o el quemado son los métodos de eliminación que utilizan los hogares restantes.

Los desastres naturales se asocian con un mayor riesgo de brotes de enfermedades. El paso del huracán Tomás en el 2010 provocó siete defunciones y 36 heridos. En el 2013, las inundaciones durante la navidad causaron seis defunciones y aproximadamente 1 050 personas se vieron afectadas gravemente.

SITUACIÓN DE LA SALUD Y DEL SISTEMA DE SALUD

En el período 2010-2015, la tasa bruta de natalidad se mantuvo constante en torno a los 12 nacidos vivos por 1 000 habitantes. En el 2014, la cobertura hospitalaria del parto era de 98%; 24% correspondió a cesáreas. Se registraron cuatro muertes maternas entre el 2012 y el 2014.

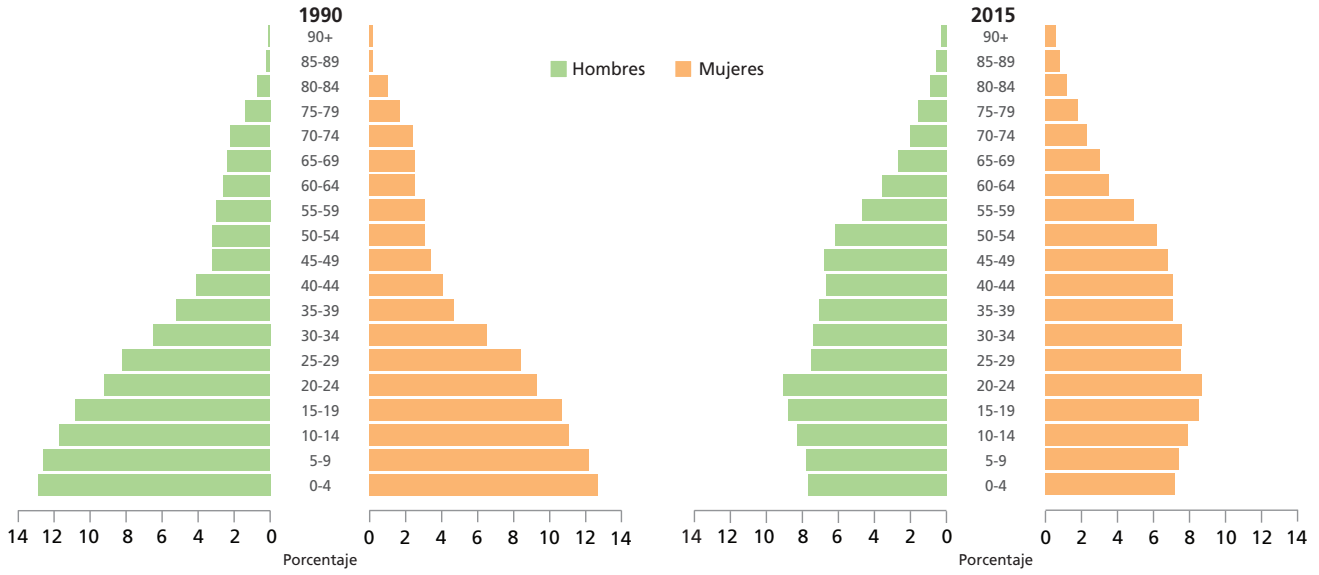
La lactancia materna exclusiva a las seis semanas se mantuvo por debajo de 50% para cada año y el uso de anticonceptivos fue de 47% entre las mujeres de 15 a 49 años en el 2008.

La tasa de mortalidad infantil fue de 17 defunciones por 1 000 nacidos vivos en el 2014, la mayoría de ellas durante el período neonatal. En los últimos 10 años, el porcentaje de bajo peso al nacer osciló entre 9% y 12%; la tasa de mortalidad de los menores de 5 años en el 2012 fue de 24,1 por 1 000 nacidos vivos. En el 2014, la mayor parte de las hospitalizaciones de niños de 1 a 4 años fue causada por condiciones perinatales, anomalías congénitas e infecciones respiratorias.

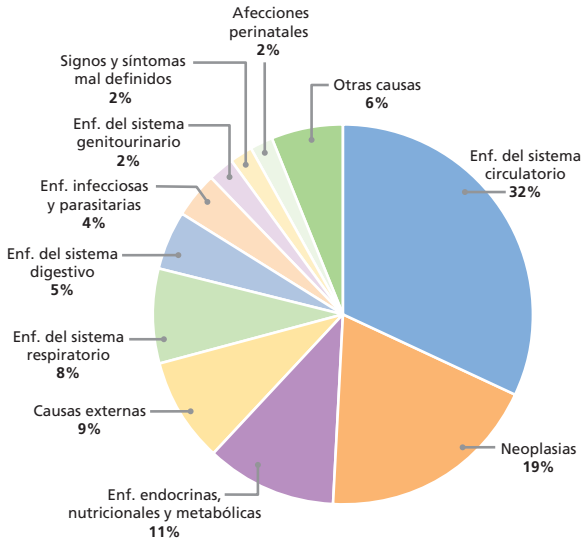
El Programa Ampliado de Inmunización cubre contra las siguientes enfermedades: poliomielitis, difteria, tos ferina, tétanos, hepatitis B, *Haemophilus influenzae* tipo b, tuberculosis (BCG) y sarampión, paperas y rubéola (SPR). En el 2014, alrededor de 98% de los lactantes completaron los esquemas de vacunación de la serie pentavalente, 83% recibieron la vacuna BCG y 98%, la SPR1.

En el 2014, los niños de 5 a 14 años representaban 14,4% de la población. Los principales problemas de los niños de 5 a 19 años están relacionados con el embarazo en la adolescencia, el abuso de drogas y alcohol, los accidentes y la violencia, el homicidio y el suicidio.

Estructura de la población según edad y sexo, Santa Lucía, 1990 y 2015



Mortalidad proporcional (% defunciones totales, todas las edades, ambos sexos), 2014



En el 2014, la tasa de nacimientos en adolescentes fue de 22 por 1 000 mujeres de 10 a 19 años, y estos correspondieron al 15% del total de nacimientos.

En 2012, las enfermedades crónicas no transmisibles fueron la causa de 58% de las muertes prematuras.

Los años de vida laboral perdidos atribuibles a las enfermedades crónicas en la población entre 16 y 64 años fueron ligeramente más altos en los hombres que en las mujeres (24,7 años frente a 24,3).

En el 2014, la tasa de mortalidad general fue de 7,6 por 1 000 habitantes (54,5% de las muertes ocurrieron en los hombres y 45,5%, en las mujeres). De las muertes, 32% fueron causadas por enfermedades del sistema circulatorio y 19%, por neoplasias. Esos dos grupos de causas son responsables de la mitad de las muertes totales.

En el 2014, entre las principales causas de muerte por enfermedades crónicas no transmisibles se contaron las enfermedades del corazón, los accidentes cerebrovasculares, la diabetes mellitus y la hipertensión.

Las enfermedades transmisibles ya no están entre las cinco principales causas de muerte. Sin embargo, la influenza, la neumonía y las afecciones perinatales aún se mantienen entre las 10 principales causas.

El dengue es endémico en Santa Lucía, con 1 253 casos confirmados durante el período 2010-2014, de los que 749 fueron confirmados en el brote registrado en el 2011. Hubo tres muertes en el 2011 y una en el 2014.

En abril del 2014 hubo un brote de chikunguña con 899 casos sospechosos. Los niños de 0 a 4 años representaron 22% de todos los casos. Se estimó que aproximadamente 60% de esos casos sospechosos correspondían efectivamente a la infección.

En el 2016 por primera vez se confirmó la presencia del virus del Zika en el país. Hasta septiembre del 2016 se habían notificado 50 casos, con un caso asociado a síndrome de Guillain-Barré y 40 casos confirmados en mujeres embarazadas.

En el período 2011-2015, hubo 101 casos de leptospirosis, con seis muertes.

Las actividades de prevención y control para reducir la presencia del mosquito *Aedes aegypti* continúan a través del programa de manejo integrado de enfermedades transmitidas por vectores.

Entre el 2010 y el 2014, hubo 44 casos confirmados de gripe A (H1N1), pero no se presentó ningún caso confirmado en el 2015.

Desde 1985 se han diagnosticado 1 091 casos de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Durante los últimos cinco años (2011-2016), no se han registrado casos de transmisión vertical.

Durante el período 2011-2013, se registraron 45 casos de tuberculosis (33 en mujeres y 12 en hombres) y 2 defunciones por la coinfección con el VIH. En el 2015 se presentaron 11 casos de tuberculosis, que representaron una tasa de incidencia de 6,3 casos por 100 000 habitantes.

Entre el 2010 y el 2014 fallecieron 98 personas por accidentes de tránsito, con una razón hombre-mujer de 5:1. Los homicidios han disminuido del 2010 al 2014, con un total de 166 en el período. Se registró un total de 54 suicidios en ese mismo período, con tendencia al aumento.

En el marco del plan estratégico nacional de salud (periodo 2006-2011), orientado al logro de la cobertura universal, se elaboró la política nacional del sector de la salud, que tiene por objeto abordar cuatro imperativos principales: la inversión en salud, enfrentar los retos de salud, fortalecer los sistemas de salud centrados en las personas y la creación de comunidades resilientes.

Esta estrategia constituye un marco general para el logro de la equidad. En este contexto, el Ministerio de Salud ha diseñado un enfoque para reducir la segmentación, garantizar el acceso de manera justa y respetar los derechos humanos. La prestación de servicios se realiza de manera gratuita a través de 36 instalaciones de salud y dos hospitales.

En el desarrollo reciente de políticas de salud, destacan aquellas enfocadas en las enfermedades crónicas no transmisibles, la salud mental y la nutrición.

El Ministerio de Salud tiene la responsabilidad sobre las políticas de salud, el financiamiento y la regulación del sistema sanitario. Se cuenta con tres niveles de atención (primaria, secundaria y terciaria). La atención primaria de salud se aplica a través de una red de 33 centros de salud, dos hospitales de distrito y una policlínica en cada una de las ocho regiones sanitarias. Hay dos hospitales generales y un hospital privado (principalmente de atención secundaria); también hay un hospital psiquiátrico.

El financiamiento de los servicios de salud proviene principalmente de cuatro fuentes: un fondo gubernamental consolidado, contribuciones de donantes, pagos de los usuarios y planes de salud privados. En el marco de la nueva estrategia de gobernanza, los mecanismos de financiación se colocarán en un solo fondo, el fondo de salud.

El gasto en salud fue 2,5% del PIB entre el 2014 y el 2015. La mayor parte del gasto fijo en salud se ha dirigido a la atención secundaria y terciaria, es decir, a los hospitales públicos.

En últimos años se ha propuesto establecer el modelo de integración virtual y perfeccionar la estrategia de financiamiento de la salud y el marco para la gestión de calidad.

LOGROS, DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS

Con la orientación de una encuesta nacional sobre factores de riesgo realizada en el año 2012, se introdujeron programas de acondicionamiento físico recreativo para todos los grupos de edad.

En el 2015 se desarrollaron e implementaron políticas de seguridad alimentaria y un plan de respuesta a emergencias. Estos planes guían las actividades de programación y vigilancia para la seguridad alimentaria y la seguridad en emergencias.

El plan estratégico nacional de salud esboza la necesidad de apoyar la implementación del modelo nacional de atención y necesidades de personal.

El establecimiento del modelo de integración virtual, la estrategia de financiación de la salud y el marco de gestión de la calidad son focos del Ministerio de Salud.

Los impactos provocados por el cambio climático plantearán importantes amenazas a los ecosistemas y a las poblaciones a medida que aumente el nivel del mar, la intensidad de los fenómenos meteorológicos extremos y la temperatura, y los patrones alterados de precipitaciones interfieran con sus funciones y los medios de subsistencia.

PUNTOS ADICIONALES

Los principales componentes del fortalecimiento de los sistemas de salud implementados desde el plan estratégico nacional para la salud (2006-2011) incluyen la cobertura universal para mejorar la equidad en salud y la prestación de servicios, el uso de un modelo nacional de atención definido, normas adecuadas (gobernanza clínica y determinantes físicos), la prestación de los servicios y una hoja de ruta de acreditación, reformas de liderazgo mediante una evaluación y rediseño del modelo de gobernanza de la salud, y las reformas de las políticas públicas mediante el desarrollo de políticas adecuadas y la legislación conexa.

En el 2012, mediante un convenio financiero con el Fondo Europeo de Desarrollo, se puso en marcha un proyecto diseñado para brindar apoyo a la implementación de la atención universal de salud.

Desde la implementación del proyecto en el 2013, se han concedido alrededor de 250 becas en áreas prioritarias, como enfermería de familia, salud ambiental, diabetología, fisioterapia, partería y salud mentala.

El nuevo plan estratégico, tras completar el ciclo de planificación en el 2017, intentará completar la agenda inacabada, centrándose en las brechas e implementando modelos de desarrollo de sistemas de salud desplegados durante el período de implementación anterior.



SURINAME

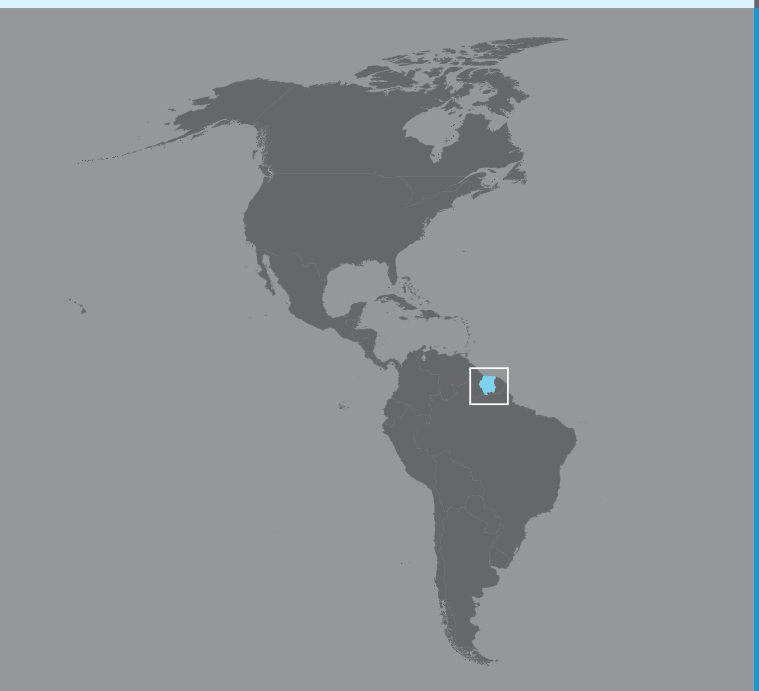
INDICADORES BÁSICOS SELECCIONADOS

1990-2015

	Valor 1990	Valor y año	Variación (%)
Ingreso nacional bruto, paridad de poder adquisitivo (PPA, US$ per cápita)	...	17 040 (2014)	...
Índice de desarrollo humano	...	0,714 (2013)	...
Promedio de años de escolaridad	...	9,0 (2014)	...
Población que usa instalaciones de agua potable mejoradas (%)	88,0	95,0 (2015)	8,0
Población que usa instalaciones de saneamiento mejoradas (%)	81,0	79,0 (2015)	-2,5
Esperanza de vida al nacer (años)	67,4	71,4 (2013)	5,9
Mortalidad infantil (por 1 000 nacidos vivos)	40,8	15,9 (2013)	-61,0
Mortalidad materna (por 100 000 nacidos vivos)	...	139,8 (2013)	...
Incidencia de tuberculosis (por 100 000 habitantes)	64,0	5,7 (2013)	-91,1
Mortalidad por tuberculosis (por 100 000 habitantes)	3,3	2,2 (2013)	-33,3
Cobertura de el inmunización contra el sarampión (%)	65,0	80,0 (2015)	23,1
Cobertura de atención del parto por personal cualificado (%)	...	...	...



Población en 1990 (miles)	408,3
Población en el 2012 (miles)	541,6
Variación (%)	32,7



De Suriname se encuentra en la costa nordeste de América del Sur y colinda con Guyana al oeste, Guayana Francesa al este y Brasil al sur. El país se divide en 10 distritos administrativos: los dos distritos urbanos son Paramaribo (la capital) y Wanica, hay seis distritos rurales en la zona costera y dos distritos en el interior. Los distritos urbanos ocupan 0,5% del territorio del país y en ellos reside 70% de la población.

En 2012, la población era de 541 638 habitantes, de ellos, cerca de 80% vive en la costa. En 1990, su estructura era de tendencia expansiva, pero ha adoptado una tendencia lenta que se ha hecho estacionaria en los grupos por debajo de 20 años, con un envejecimiento de la población. El crecimiento demográfico fue muy marcado en el grupo de 60 años en adelante, de casi 30% en un período de nueve años. En el grupo de 0 a 14 años aumentó 1,6%.

El grupo étnico indostano es el más numeroso (27%), seguido de los cimarrones (descendientes de africanos, 22%), los criollos (16%), los de ascendencia javanesa (14%), los mestizos (13%) y los amerindios (4%).

En 2008-2012, la economía creció en promedio 4,1%. Los principales impulsores fueron la minería del oro y el petróleo. Posteriormente hubo una recesión al disminuir el precio de estos productos.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

En 2012, el censo calculó una tasa de desempleo de entre 10,3% y 12,8%. Se estimó que 6% de la población de más de 15 años de edad no había recibido educación y la tasa de analfabetismo era de aproximadamente 6%.

Debido a las menguantes reservas de divisas, para mediados del 2016 la tasa de cambio oficial se había devaluado en alrededor de 90%. La población ha afrontado un aumento vertiginoso de los precios de prácticamente todos los productos y servicios, así como del costo de la gasolina, la electricidad y otros productos básicos esenciales.

Cerca de 70% de la población tiene acceso a agua corriente en su vivienda o a no más de 200 metros del hogar. En algunos distritos rurales y en el interior, las personas dependen principalmente del agua de lluvia, de arroyos o de ríos.

Se desconoce el número de inmigrantes indocumentados, pero se estima que podría ser superior a los documentados, en especial en el caso de los procedentes de Brasil y Guyana. Este grupo de personas no tienen derecho a ninguna de las prestaciones sociales, incluida la atención médica gratuita.

Se mantienen desigualdades sociales persistentes entre las regiones urbanas, rurales e interiores, así como la formación de barrios marginales en las zonas periurbanas. Para mejorar estas situaciones, se han planificado varios grandes proyectos de inversión con el fin de ampliar el acceso a viviendas asequibles, aumentar el acceso a las tuberías y promover la agricultura y la producción local.

En el 2012, se declara que la expansión de extracción ilegal de oro a pequeña escala y el uso asociado de mercurio tienen efectos perjudiciales sobre el bosque y sus ecosistemas. Las enfermedades resultantes de la deforestación y las alteraciones en los ecosistemas (por ejemplo, enfermedades transmitidas por vectores como la leishmaniasis) están en aumento.

El país cuenta con un plan de desarrollo plurianual, aunque su aplicación se ha visto obstaculizada por la recesión financiera desde el 2015.

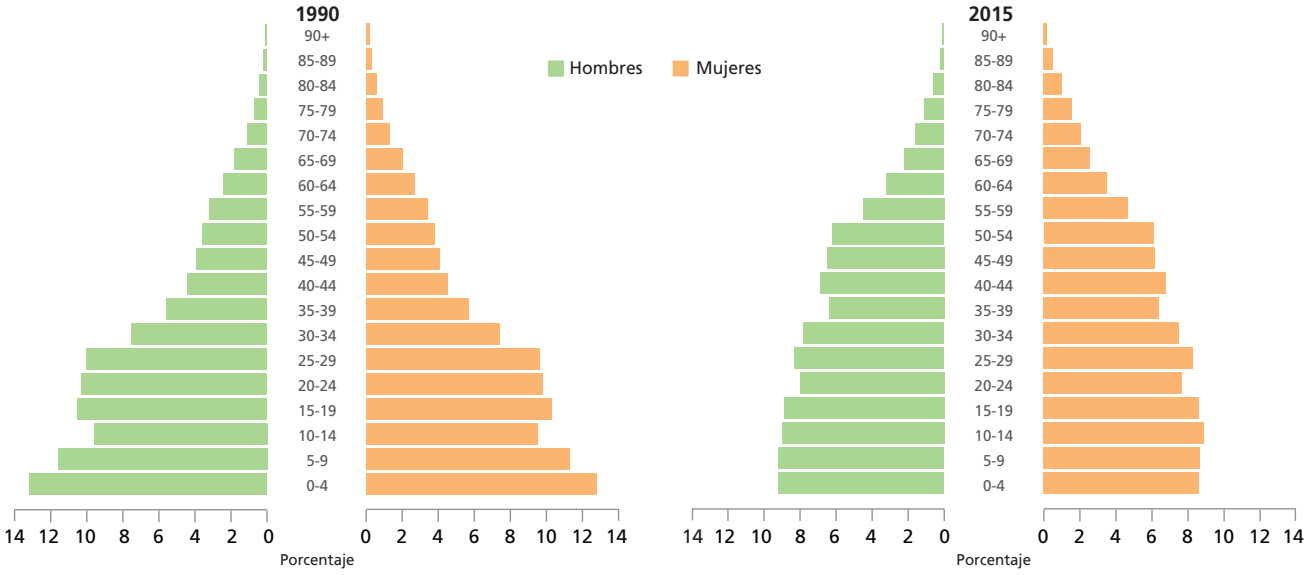
SITUACIÓN DE LA SALUD Y DEL SISTEMA DE SALUD

La razón de mortalidad materna fue de 125 muertes por 100 000 nacidos vivos en el período 2000-2013. La razón fue de 154 muertes por 100 000 nacidos vivos en el 2010 y de 139,8 en el 2013. Las principales causas fueron la enfermedad hipertensiva del embarazo y las hemorragias. En el 2010, la cobertura de control prenatal fue de 94,9% y 67% de las embarazadas tuvieron cuatro consultas prenatales; 92,3% de todos los partos tuvieron lugar en un establecimiento de salud y en 94,3% de los partos se contó con la presencia de personal de salud capacitado.

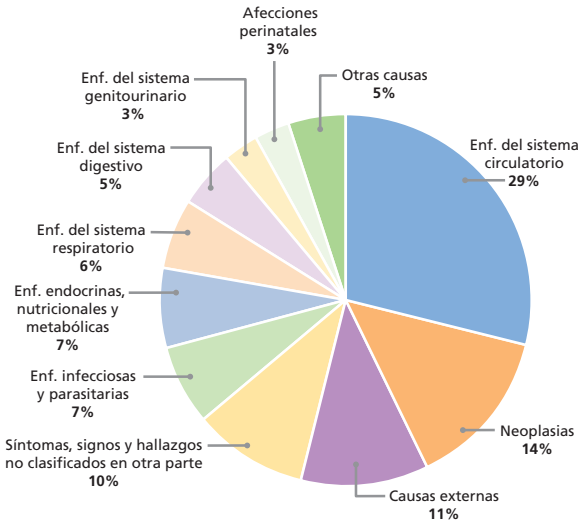
La tasa de mortalidad infantil en el 2013 fue de 15,9 por 1 000 nacidos vivos. Las causas más comunes de mortalidad en menores de 1 año notificadas fueron problemas respiratorios, retraso del crecimiento fetal, enfermedades congénitas, septicemia neonatal y causas externas. El registro de defunciones en menores de 1año es insuficiente, por lo que la tasa probablemente está subestimada. La tasa de mortalidad de menores de 5 años fue de 18,5 en el 2013. En el 2015, la cobertura de vacunación fue 89% para la vacuna DPT3 y 94% en la vacuna triple vírica (SPR).

En 2014, la distribución de muertes fue de 29% por enfermedades del sistema circulatorio, 14% debidas a neoplasias y 11% a causas externas.

Estructura de la población según edad y sexo, Suriname, 1990 y 2015



Mortalidad proporcional (% defunciones totales, todas las edades, ambos sexos), 2014



En 30% de los adultos de 55 a 64 años se detectaron tres o más factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares, en comparación con 23% en el grupo de 45 a 54 años.

En el grupo de mayores de 65 años, las causas específicas de mortalidad fueron las enfermedades cardiovasculares, las neoplasias y la diabetes mellitus. Se destaca que están aumentando las muertes debidas a la diabetes. La mediana de la edad al morir en el 2013 era de 67 años. Las neoplasias malignas han reemplazado a las causas externas como segunda causa principal de muerte.

El primer caso de virus del Zika se confirmó a finales del 2015, y desde entonces la enfermedad se ha extendido por los 10 distritos, incluidas zonas rurales y el interior. En junio del 2016, se habían notificado 15 casos de síndrome de Guillain-Barré relacionados con la infección por el virus del Zika. De ocho recién nacidos con presunta microcefalia relacionada con el zika, se confirmó un caso. El dengue sigue siendo endémico y las nuevas epidemias de virus chikunguña y del Zika implican la necesidad de un control vectorial más efectivo de *Aedes aegypti*. La incidencia de la malaria ha disminuido por debajo de los niveles de eliminación en todos los subdistritos, excepto uno en el interior. No obstante, la proporción de casos importados (principalmente mineros de oro provenientes de Guayana Francesa) aumentó a más de 70% en el 2015. *Plasmodium vivax* es el tipo de parásito predominante. El número de casos de leishmaniasis cutánea diagnosticados y tratados ha aumentado durante el período 2004-2012.

En el 2014, la prevalencia registrada de infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en el grupo de edad de 15-49 años era de 0,9%. En el 2000-2013, no se diagnosticó la enfermedad en alrededor de 40% de las personas con esta infección. La mortalidad por VIH/sida era de 22,4 muertes por 100 000 habitantes en el 2010 y 16,4 en el 2013.

La tasa estimada de detección de la tuberculosis pasó de 58% en el 2012 a 71% en el 2014; la tasa de notificación fue de 28,6 por 100 000 en el 2013.

La prevalencia de la infección por el VIH en pacientes con tuberculosis disminuyó de 34% en el 2010 a 29% en el 2014, pero la mortalidad en los pacientes con tuberculosis siguió estando significativamente correlacionada con la infección por el VIH. En el 2011, el país comenzó a implementar el tratamiento bajo observación directa y la tasa de éxito del tratamiento mejoró de 61% en el 2010 a 75% en el 2013.

El accidente cerebrovascular, la cardiopatía isquémica y la diabetes se encuentran entre las principales enfermedades con más años de vida ajustados en función de la discapacidad.

Las tasas de suicidio han aumentado y en el 2012 la tasa llegó a 26,7 por 100 000, muy superior al promedio mundial de 16 por 100 000 habitantes. La razón hombre-mujer de los suicidios es en promedio de 2 a 3 hombres por 1 mujer; en los intentos de suicidio la tasa es mayor en las mujeres (0,7 hombres por 1 mujer).

Las tasas de malnutrición en menores de 5 años fueron bajas (5,8%).

En el año 2013,15% de los hombres y 25% de las mujeres del grupo de los adolescentes tenían exceso de peso o eran obesos. Bebían refrescos azucarados a diario 40% de ellos, 11% consumía al menos cinco porciones de verduras y frutas, y 62,7% alcanzaban el nivel apropiado de actividad física. El 10% de los adolescentes se declaran fumadores. En el 2013, más de la mitad de mujeres adultas y una cuarta parte de hombres adultos eran obesos y habían aumentado la circunferencia de su cintura superior (obesidad central).

La prevalencia global de tabaquismo fue de 20% (seis veces mayor en hombres que en mujeres). La prevalencia de diabetes y de hipertensión fue de 11% y de 20%, respectivamente. Ambas aumentaban con la edad y eran más frecuentes en ciertos grupos étnicos (particularmente en los grupos de poblaciones indostanas y javanesas).

En general, 60% de los adultos cumplían las recomendaciones de actividad física. Las mujeres tuvieron una tasa de inactividad (51,0%) más elevada que la de los hombres (38,0%).

El país carece de una política integrada de gestión de los residuos en actividades relacionadas con los vertederos a cielo abierto, los vertederos ilegales y la basura acumulada a las orillas de las carreteras y en aguas abiertas del país, que siguen planteando riesgos para la salud y el medioambiente. Por otro lado, el país no tiene un establecimiento para almacenar o eliminar los desechos peligrosos y no hay ningún reglamento concerniente al uso y el almacenamiento seguro de los plaguicidas.

Los migrantes empleados legalmente en Suriname tienen derecho a las pensiones públicas, pero no a otros beneficios de asistencia social. El gasto total en salud estimado como porcentaje del producto interno bruto fue de 6% en el 2014. Los empleados pagan hasta 50% de la prima y los empleadores cubren la otra mitad; el Gobierno paga la cobertura de las personas que no puedan pagar.

Los servicios de salud regionales están compuestos por 43 dispensarios de atención primaria en la zona costera. La Misión Médica, una organización de carácter religioso, recibe financiamiento del Gobierno para administrar cerca de 56 dispensarios de atención primaria en los distritos del interior. Hay cinco hospitales, cuatro de ellos ubicados en Paramaribo y uno en el distrito de Nickerie, en la frontera occidental. El único hospital psiquiátrico está en Paramaribo. La oficina de salud pública es responsable de los programas de salud pública, incluida la salud ambiental y el saneamiento, y está a cargo de un laboratorio de salud pública.

LOGROS, DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS

En el 2014, se aprobó la ley nacional de seguro básico de salud, que brinda acceso a una canasta básica de servicios de atención primaria, secundaria y terciaria para todos los residentes de Suriname. En el 2013, los menores de 16 años y las personas mayores (60 años en adelante) tenían derecho a la atención de salud gratuita, pagada por el Gobierno.

La descentralización de los establecimientos de salud, especialmente los hospitales, comenzó con la construcción de un hospital en la frontera oriental del país.

El acceso universal a la atención de la salud de las mujeres embarazadas y los recién nacidos sigue siendo un desafío pendiente. Las deficiencias persistentes en el acceso a la asistencia sanitaria están relacionadas con el acceso a los sistemas de seguro. Los servicios de salud maternoinfantil deben mejorar para garantizar la sostenibilidad. El acceso universal a cuidados maternos y neonatales de alta calidad continuará siendo una prioridad en los próximos años, así como la incorporación de un mayor número de vacunas al programa de inmunizaciones.

La endemicidad de los cuatro serotipos del virus del dengue y los brotes de chikunguña y fiebre del zika en todas las zonas (rurales, costera y del interior) de Suriname ilustran el fracaso de las medidas de control de vectores contra el mosquito *Aedes aegypti*. La malaria prácticamente ha sido eliminada en los pueblos del interior desde el 2007; sin embargo, los principales grupos en riesgo son los mineros migratorios que extraen oro a pequeña escala, provenientes sobre todo de Brasil.

El plan nacional para la prevención del suicidio para el período 2016-2020 propugna la adopción de un enfoque enérgico e intersectorial para abordar los factores que propician este problema de salud pública.

La principal amenaza que afecta a todo el sector sanitario es la recesión financiera global. Las facturas y las subvenciones no se pagan a tiempo y las tarifas ya no están en niveles suficientes para mantener el adecuado funcionamiento de los servicios.

Recientemente, tanto la Asociación Médica como el Parlamento han instado al Gobierno a que intervenga para impedir que el sistema de atención de salud colapse y ponga en riesgo la salud y la vida de los residentes. Es necesario promover una legislación adecuada para promover estilos de vida saludables en las escuelas y los lugares de trabajo, aumentar la accesibilidad de la población a alimentos saludables, y a instalaciones recreativas y deportivas, con el fin de reducir la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles.

PUNTOS ADICIONALES

El plan de desarrollo plurianual 2012-2016 del Gobierno de Suriname establece que el desarrollo económico es la base de la seguridad social que, a su vez, estimula el crecimiento económico.

El plan destaca la importancia de las políticas prioritarias para permitir la protección social de la población, en especial para ciertos grupos preferentes como los jóvenes.

El Gobierno ha presentado un plan de estabilización y recuperación para el período 2016-2018. Uno de sus objetivos es proteger a la población, especialmente a las personas muy pobres y otros grupos vulnerables, de una mayor recesión.

En el 2014 se sancionaron tres leyes importantes concernientes a la seguridad social: la ley sobre el seguro básico de enfermedad, la ley que ampliaba las prestaciones de las pensiones y la ley que establecía un salario mínimo.

El plan de acción para el control de las ENT para el período 2012-2016 incluye medidas concernientes a varias prioridades y hace hincapié en la importancia de un enfoque intersectorial

En el plan de desarrollo se han propuesto proyectos importantes de inversión para ampliar el número de viviendas asequibles, mejorar el acceso a agua potable y los servicios sanitarios, y promover la producción agropecuaria local.

El plan nacional de acción para proteger la diversidad biológica ofrece un marco para incorporar medidas y valores de la conservación de la diversidad biológica, cultural y de la naturaleza en los planes nacionales de desarrollo y en los sectoriales.



TRINIDAD Y TABAGO

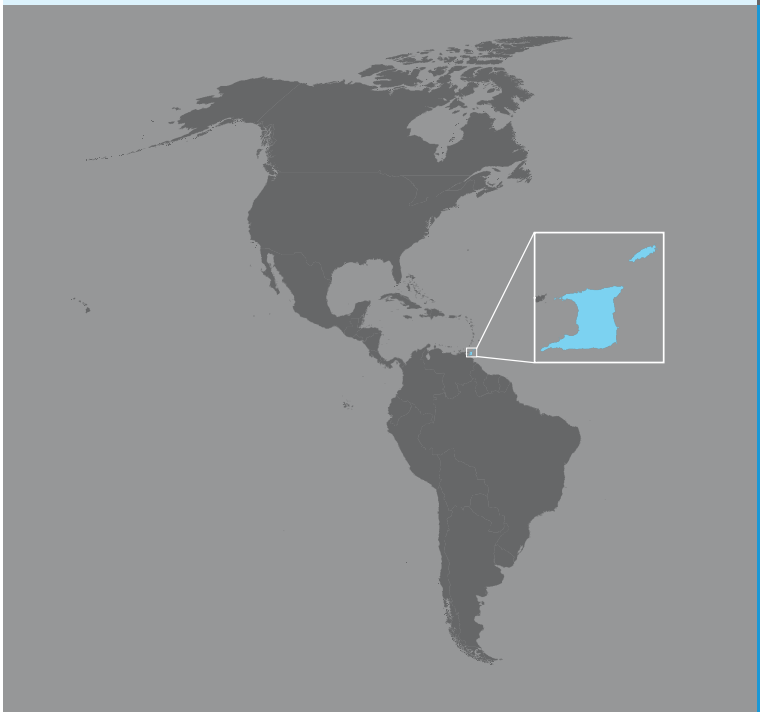
INDICADORES BÁSICOS SELECCIONADOS

1990-2015

	Valor 1990	Valor y año	Variación (%)
Ingreso nacional bruto, paridad de poder adquisitivo (PPA, US$ per cápita)	...	18 600 (2014)	...
Índice de desarrollo humano	0,670	0,772 (2013)	15,2
Promedio de años de escolaridad	7,9	10,8 (2014)	36,2
Población que usa instalaciones de agua potable mejoradas (%)	92,0	94,0 (2015)	2,2
Población que usa instalaciones de saneamiento mejoradas (%)	90,0	94,0 (2015)	4,4
Esperanza de vida al nacer (años)	68,0	71,0 (2013)	4,4
Mortalidad infantil (por 1 000 nacidos vivos)	26,9	15,0 (2015)	44,2
Mortalidad materna (por 100 000 nacidos vivos)	...	46,9 (2015)	...
Incidencia de tuberculosis (por 100 000 habitantes)	11,0	17,0 (2015)	54,5
Mortalidad por tuberculosis (por 100 000 habitantes)	2,6	1,1 (2015)	-57,7
Cobertura de inmunización contra el sarampión (%)	70,0	99,9 (2015)	42,7
Cobertura de atención del parto por personal cualificado (%)	...	...	...



Población en 1990 (millones)	1,2
Población en el 2015 (millones)	1,3
Variación (%)	6,4



Trinidad y Tabago es un país formado por dos islas principales (Trinidad y Tabago) y otras islas menores en el extremo sur del Caribe, frente a la costa norte de Venezuela.

Entre 1990 y el 2015, la población aumentó en 6,4%, alcanzando 1 328 019 habitantes en el 2015. Su estructura tenía una tendencia expansiva en 1990, mientras que en el 2015 ha adoptado una configuración relativamente estacionaria en los grupos mejores de 50 años de edad. En el 2013, la esperanza de vida al nacer era de 71 años.

Entre 1990 y el 2010, la población de 60 años y más ha incrementado un promedio de 4,0% anualmente, comparado con la disminución anual de 2,5% visto en el grupo de edad de 5 a 19 años.

La economía es predominantemente industrial, con una fuerte dependencia del sector energético, antes del petróleo y actualmente del gas natural.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

La tasa de desempleo se situó entre 3,5% y 5,9% en el 2015. Entre el 2010 y el 2015, el promedio de desempleo juvenil fue de alrededor de 12,1%, y en la población general, de 4,4%.

En el 2011, 29,8% de la población contaba con un nivel de educación primaria; 43,5% había completado la educación secundaria o postsecundaria y 14,6% tenía educación universitaria y no universitaria.

La cobertura de instalaciones de agua potable mejoradas en la población era de 94% en el 2015, similar a la cobertura de instalaciones de saneamiento mejoradas (94%). En ambos casos, no hay una gran diferencia en el porcentaje de cobertura entre los sectores urbanos y rurales.

El país tiene limitaciones para contar con el suministro continuo de agua y aún está pendiente el establecimiento de una fuente indirecta de agua.

Trinidad y Tabago presenta un bajo riesgo de huracanes, pero es más vulnerable a los terremotos. El país suele verse afectado por el impacto indirecto de las tormentas tropicales en forma de fuertes lluvias, inundaciones y deslizamientos de tierra.

La seguridad alimentaria y los cultivos agrícolas tienden a estar bajo riesgo por el cambio climático, la escasez de tierras de cultivo y de mano de obra agrícola, el impacto de las inundaciones, los deslizamientos de tierra y las sequías.

SITUACIÓN DE LA SALUD Y DEL SISTEMA DE SALUD

En el 2015, la razón de mortalidad materna, basada en utilización hospitalaria, fue de 46,9 por 100 000 nacidos vivos. Algunas fluctuaciones en este dato pueden ser debidas a problemas de registro. Entre los factores de riesgo materno destacan las complicaciones de la hipertensión, la diabetes y el parto prematuro.

En el 2015, la mortalidad infantil fue de 15,0 muertes de menores de 1 año por 1 000 nacidos vivos. Las principales causas incluyeron las anomalías congénitas, la prematuridad y la asfixia durante el parto.

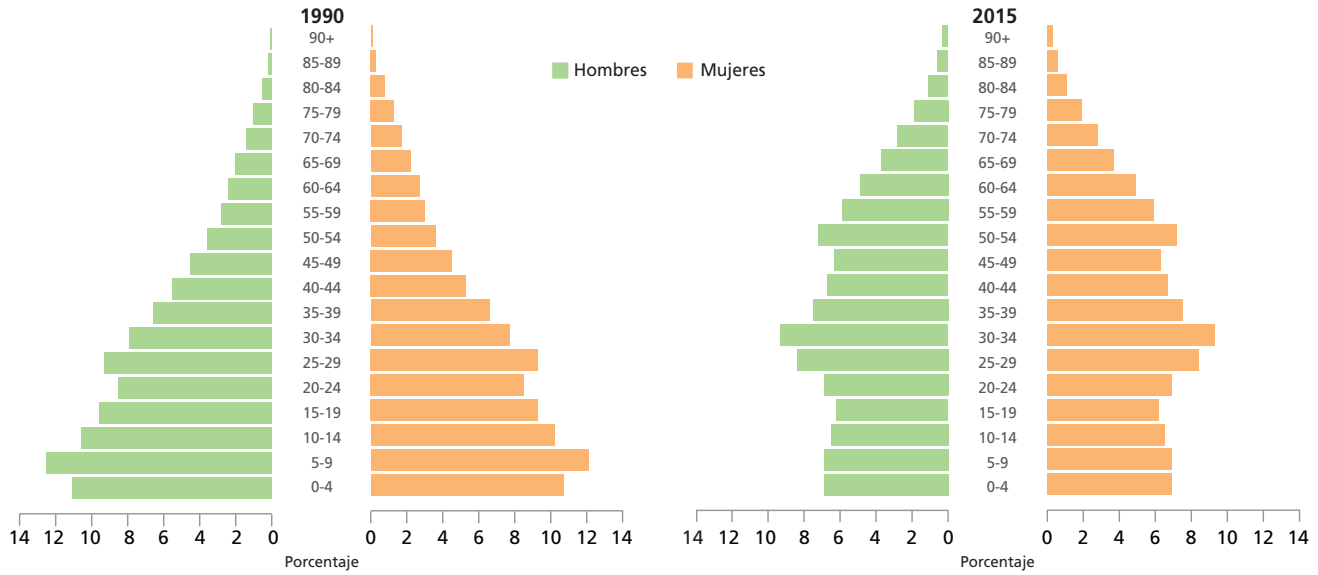
El plan de inmunización está dirigido a los niños durante los primeros 5 años de su vida, y las vacunas son necesarias antes de la inscripción en el sistema de la escuela primaria, probablemente atribuible a altas tasas de cobertura de inmunización, por lo general más del 90%. Desde el 2006 no se han notificado casos de enfermedades prevenibles por vacunación.

En el 2010, los tres principales grupos de causas de muerte fueron las enfermedades del sistema circulatorio (32,6%), las endocrinas (16,3%) y las neoplasias (16,1%).

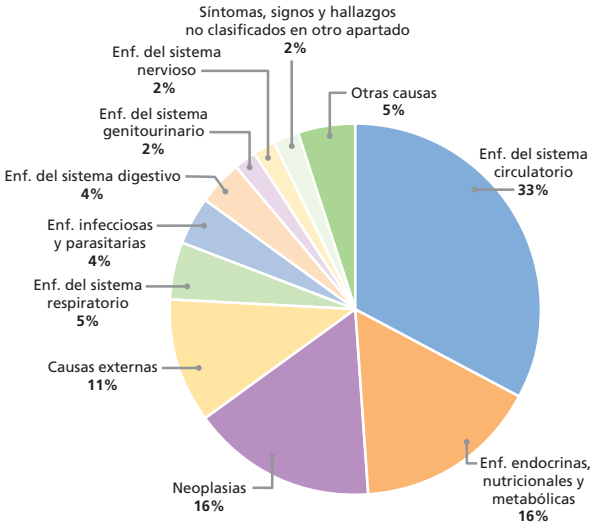
Ese mismo año, las cinco principales causas más específicas de muerte fueron las enfermedades del corazón, la diabetes, las enfermedades cerebrovasculares, los homicidios y la hipertensión

La gran movilidad de la población en torno al país ha favorecido la introducción del virus chikunguña y del Zika,

Estructura de la población según edad y sexo, Trinidad y Tabago, 1990 y 2015



Mortalidad proporcional (% defunciones totales, todas las edades, ambos sexos), 2010



que se detectaron inicialmente en el 2014 y el 2016, respectivamente. Hasta finales de septiembre del 2016 se habían confirmado 243 casos de infección por chikunguña y 498 casos por Zika, incluidas 294 mujeres embarazadas.

La prevalencia de casos de infección por VIH/sida se mantuvo relativamente estable entre el 2009 y el 2012, en torno a 1,5% de la población, y se registró un discreto aumento a 1,6% en el 2014. Ese mismo año se notificaron 1 053 nuevos casos de infección por VIH, y de ellos las mujeres representaron 43% de casos. En el grupo de edad de 15 a 49 años se dio en 64% de los casos.

En el 2015, la incidencia de tuberculosis fue de 17 por 100 000 habitantes y la coinfección alcanzó 2,9 por 100 000 habitantes.

Entre el 2010 y el 2015, las enfermedades crónicas no transmisibles causaron aproximadamente 53% de los ingresos hospitalarios.

En el 2011, la prevalencia de diabetes en la población entre 15 y 64 años fue de 20,6% (19,8% en los hombres y 21,2% en las mujeres). La prevalencia de hipertensión en ese grupo fue de 20,8% (25,5% en los hombres y 16,4% en las mujeres).

En ese año, la prevalencia de sobrepeso fue de 36,9% (40,3% en los hombres y 33,7% en las mujeres), mientras que la obesidad alcanzó a 25,7% (19,4% en los hombres y 31,7% en las mujeres).

Durante el período 2010-2012 hubo 5 909 casos reportados de violencia doméstica. Las personas afectadas tenían menos de 19 años en 6,6% de casos, 29,2% entre 20 y 29 años y 44,2%, entre 30 y 29 años.

Entre los principales problemas de salud mental destacan la esquizofrenia, los trastornos del estado de ánimo, los trastornos mentales y del comportamiento, y el abuso de sustancias.

En el 2010, el suicidio provocó 12,1 muertes por 100 000 habitantes (4,6 en mujeres y 19,6 en hombres).

En el 2010, el tabaquismo diario tenía una prevalencia general de 18,4% en adolescentes. En los fumadores, la edad promedio de inicio era a los 17 años en los hombres y a los 19 años en las mujeres.

En el 2013, 61,4% de la población realizaba insuficiente actividad física (55,4% de los hombres y 67,2% de las mujeres).

El Ministerio de Salud es la entidad responsable de supervisar el sistema de atención de la salud. Además es responsable de financiarlo, regularlo y gobernarlo, estableciendo las políticas y la legislación necesarias.

El sistema sanitario comprende los sectores público y privado, que incluye a organizaciones no gubernamentales.

El sistema público es el predominante y ofrece todos los servicios asistenciales de forma gratuita. El sistema es financiado por el Gobierno y los contribuyentes.

La administración y prestación de los servicios asistenciales ha sido descentralizada entre cinco Autoridades Regionales de Salud semiautónomas, cuatro en Trinidad y una en Tabago.

El Ministerio de Salud también administra varios servicios verticales y programas nacionales.

La atención sanitaria del sector privado utiliza una tarifa por tipo de servicio, que a menudo es costosa y que supera la capacidad de pago de la mayoría de los asalariados con bajos ingresos.

El sistema cuenta con una red de 96 centros de salud, nueve establecimientos distritales de salud y nueve hospitales. Todas las Regiones Sanitarias tienen por lo menos un establecimiento de salud del distrito y un hospital de referencia. Aproximadamente dos tercios de los centros de salud se encuentran en la mitad occidental de la isla, que es la más densamente poblada.

El país cuenta con escasez de mano de obra en todas las categorías del personal de salud. Dadas estas limitaciones, el Gobierno está terminando un plan decenal de recursos humanos 2016-2015 y realizando esfuerzos para lograr más personal, en colaboración con las universidades locales para formar a personal sanitario.

Además, se llevan a cabo acciones ministeriales para lograr contratar a profesionales extranjeros. Desde el 2011, se ha reclutado a 446 profesionales de la salud, entre ellos 109 doctores y 228 enfermeras procedentes de Cuba.

Si bien se cuenta con sistemas informatizados de recopilación de información sanitaria, aún existe importantes necesidad de una integración e informatización que pueda ser más amplia, integrada y efectiva.

LOGROS, DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS

El país ha logrado avances en su situación social y sanitaria. Entre otros aspectos, destaca una elevada cobertura de inmunización. Desde el 2006 no se notifican casos de enfermedades prevenibles por inmunización.

El envejecimiento de la población, favorecido por la disminución de la fecundidad y de la mortalidad, constituye un logro que al mismo tiempo representa un importante desafío. En el 2015, 15,8% de la población era mayor de 60 años.

La hipertensión, la diabetes, la artritis, la enfermedad de Alzheimer y las enfermedades del corazón, que aumentan con la vejez, representan las principales causas de hospitalización entre las personas ancianas. El crecimiento proyectado de esta población, que a su vez se relaciona con mayor prevalencia de enfermedades crónicas, tendrá un impacto significativo en mayor requerimiento asistencial y necesidad de mayores recursos en el sistema de salud.

En consecuencia, se están realizando esfuerzos gubernamentales para apoyar la demanda proyectada de los adultos mayores en el sistema de salud. Durante los próximos 5 a 10 años, se ha asumido el desafío de actuar con un enfoque especial en la reducción de las tasas de enfermedades crónicas no transmisibles y de sus factores de riesgo.

Los principales objetivos respecto al sistema de salud se concentran en lograr adecuados niveles de financiamiento para el abordaje de las enfermedades no transmisibles, la prestación de servicios de salud, las infraestructuras, los recursos humanos y el apoyo a la expansión del sector.

El plan decenal de recursos humanos 2016-2025 tendrá que abordar las deficiencias actuales del personal asistencial, especialmente profesionales, prever las necesidades futuras y fortalecer ese recurso en condiciones de sostenibilidad.

Las instalaciones de atención primaria de salud también requieren modernizarse, para ofrecer no solo acceso a servicios integrales, sino también para asegurar que los centros asistenciales puedan contar con adecuados sistemas de información sanitaria.

PUNTOS ADICIONALES

El Ministerio de Salud cuenta con un plan estratégico para la salud (2012-2016) que, entre sus objetivos, destaca fortalecer un liderazgo efectivo para el sector de la salud. Además, se centra en aspectos esenciales, como la formulación de políticas basadas en evidencia, la planificación, supervisión y evaluación, así como la colaboración y la reglamentación necesarias.

El Ministerio de Salud ha desarrollado 12 prioridades estratégicas fundamentales, entre las que se encuentran las enfermedades crónicas no transmisibles, las enfermedades transmisibles, la salud maternoinfantil, la salud mental, la planificación de recursos humanos, la integración de la tecnología de información y comunicación, y la gestión del sector de la salud.

El trabajo del Ministerio de Salud se apoya además mediante la asociación con organizaciones regionales e internacionales que prestan asesoramiento técnico, capacitación y tutoría. Estos incluyen, entre otros, la Secretaría de la Comunidad del Caribe (CARICOM), la Agencia de Salud Pública del Caribe, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud y otros organismos del Sistema de Naciones Unidas, el Banco Mundial, la U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR) y la Unión Europea.

La formulación de políticas y directrices se guía además por los distintos convenios y acuerdos internacionales y subregionales sobre la salud firmados por el Gobierno.

El Gobierno ha esbozado una estrategia para el logro de la atención universal de salud, que está en marcha.

Se espera que las brechas asistenciales de salud se reduzcan significativamente a medida que se aumente el fortalecimiento del sistema de atención primaria de salud.



URUGUAY

INDICADORES BÁSICOS SELECCIONADOS

1990-2015

	Valor 1990	Valor y año	Variación (%)
Ingreso nacional bruto, paridad de poder adquisitivo (PPA, US$ per cápita)	...	20 220 (2014)	...
Índice de desarrollo humano	0,692	0,793 (2013)	14,5
Promedio de años de escolaridad	7,2	8,6 (2014)	19,2
Población que usa instalaciones de agua potable mejoradas (%)	95,0	100,0 (2015)	5,3
Población que usa instalaciones de saneamiento mejoradas (%)	92,0	96,0 (2015)	4,3
Esperanza de vida al nacer (años)	72,6	77,5 (2015)	6,8
Mortalidad infantil (por 1 000 nacidos vivos)	20,3	7,5 (2015)	-63,1
Mortalidad materna (por 100 000 nacidos vivos)	...	18,6 (2015)	...
Incidencia de tuberculosis (por 100 000 habitantes)	31,0	8,6 (2013)	-72,3
Mortalidad por tuberculosis (por 100 000 habitantes)	2,7	1,2 (2013)	-55,6
Cobertura de inmunización contra el sarampión (%)	97,0	99,7 (2015)	2,8
Cobertura de atención del parto por personal cualificado (%)	...	99,7 (2015)	...



Población en 1990 (millones)	3,1
Población en el 2015 (millones)	3,4
Variación (%)	10,7



La República Oriental del Uruguay está situada al este de Argentina y al sur de Brasil, con una superficie de 176 215 km². El Estado uruguayo es unitario y se encuentra dividido territorialmente en 19 departamentos.

Entre 1990 y el 2015, su población creció en 10,7%, alcanzando 3,4 millones de habitantes tanto en el 2015 como el 2016. En el 2016, 95,3% de la población residía en zonas urbanas, y se concentraba en Montevideo y el área metropolitana.

La estructura de la población era expansiva, lenta en 1990 y se ha trasformado en una de tendencia regresiva en el 2015. La proporción de personas de 65 años o más era de 14,1% en el Censo de 2011.

Los afrodescendientes son la principal minoría étnico-racial del país (8,1%), seguidos por quienes declaran tener ascendencia indígena (5,1%).

En el quinquenio 2011-2015, la esperanza de vida al nacer era de 80,2 años en las mujeres y 73,2 en los hombres.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

En el 2014, el Índice de Gini era de 0,453. En las zonas urbanas, la pobreza medida por ingresos descendió de 39,9% en 2004 a 9,7% en el 2014, mientras que la indigencia hizo lo propio pasando de 4,7% a 0,3% en mismo período.

En el 2014, los niveles de desempleo femenino continuaron siendo superiores a los masculinos (8,4% y 5,1%). Las mujeres percibían 20% menos de ingresos que los hombres con igual escolaridad. Persisten elevados índices de informalidad en el trabajo de los más jóvenes y en los sectores con mayor pobreza.

La tasa de alfabetización en el 2015 entre los 15 y 24 años alcanzó a 98,4% (99,0 mujeres y 98,0 hombres). En el 2014, 78,5% de los adolescentes del país cursaban estudios secundarios.

Unido al crecimiento económico y a la baja en la tasa de desempleo, se observan indicios de un aumento de la inmigración y una aceleración del retorno de emigrantes.

Entre el 2005 y el 2013, el presupuesto público para educación pasó de 3,2% a 4,8% del producto interno bruto (PIB), posibilitando así expandir la educación para la primera infancia y la educación inicial.

Los principales desastres ambientales son inundaciones fluviales estacionales, sequías, incendios forestales y, recientemente, tornados.

Las estrategias para mejorar la calidad del aire en la capital se han basado en la vigilancia a través del seguimiento de la línea de base de calidad de aire, el monitoreo permanente de fuentes y la promoción de las energías renovables según la Política energética del 2030.

SITUACIÓN DE LA SALUD Y DEL SISTEMA DE SALUD

En el año 2014, la razón de mortalidad materna fue de 18,6 muertes por cada 100 000 nacidos vivos. En ese mismo año se registraron 1,6% de casos de transmisión vertical de VIH/sida, por debajo de la meta regional establecida de eliminación (menor de 2%). La prevalencia de uso de anticonceptivos para el período 2011-2014 fue de 77%.

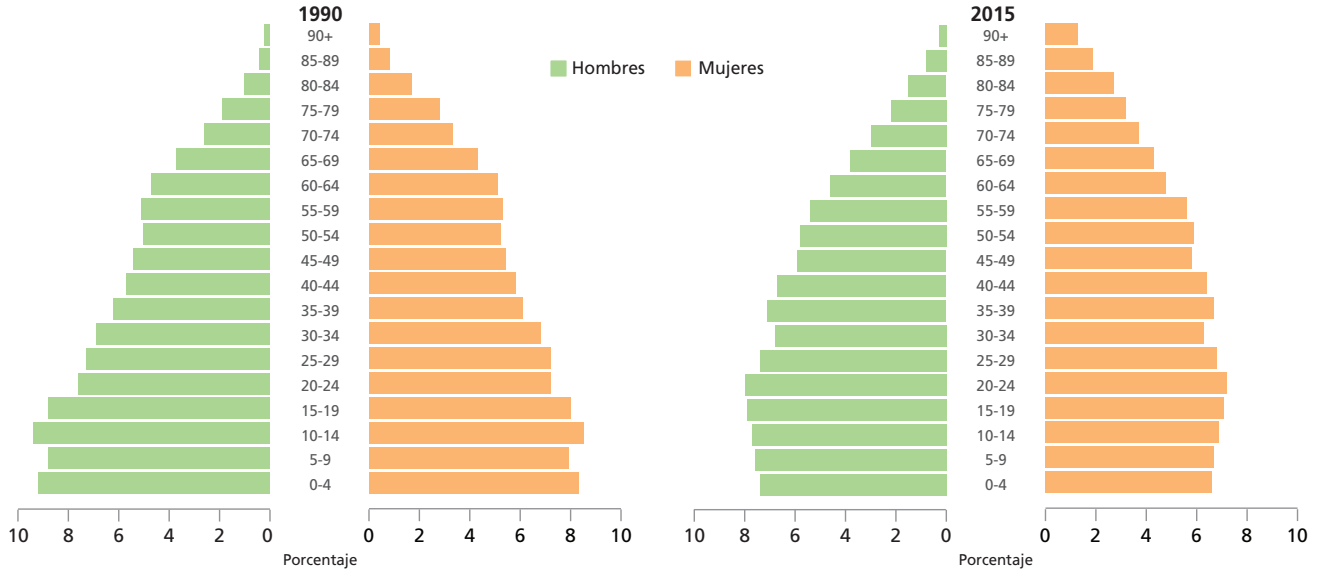
En el 2015, la cobertura de partos hospitalarios alcanzó a 99,7%. El total de nacimientos prematuros fue de 9% y el porcentaje de recién nacidos con peso al nacer menor de 1 500 g de 1%, ambos para el 2014.

En el 2015, la tasa de mortalidad infantil fue de 7,5 muertes por 1 000 nacidos vivos y la de mortalidad neonatal de 5 por 1 000 nacidos vivos alcanzándose así la meta de reducir en dos tercios la mortalidad infantil para el 2015, propuesta en los ODM. Las principales causas son las afecciones del periodo perinatal vinculadas a la prematuridad (52,1%) y las malformaciones congénitas (28,7%). El porcentaje de muertes neonatales que ocurre en el período neonatal precoz es de 60%.

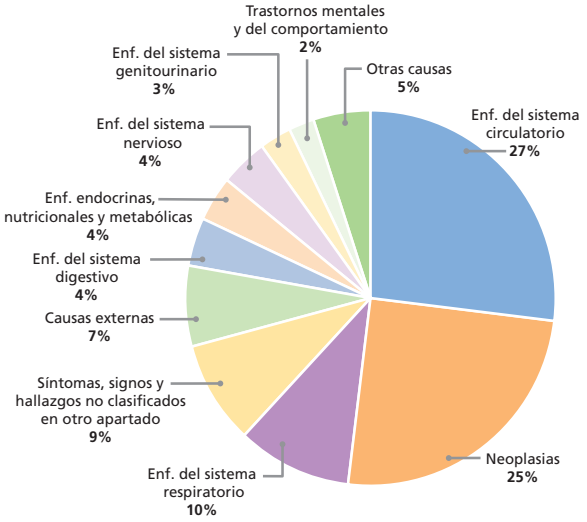
La tasa de mortalidad en menores de 5 años en 1990 fue de 23,4 por cada 1 000 nacidos vivos que descendió a 8,7 en el 2015.

El esquema de vacunación vigente en Uruguay incluye 13 vacunas para prevenir 15 enfermedades. Es universal, gratuito y obligatorio, con una cobertura cercana a 96%.

Estructura de la población según edad y sexo, Uruguay, 1990 y 2015



Mortalidad proporcional (% defunciones totales, todas las edades, ambos sexos), 2014



La tasa de mortalidad general en el 2014 fue de 9,5 por 1 000 habitantes. La tasa de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio muestra un sostenido descenso, como es el caso de las enfermedades isquémicas del corazón, con 75,2 muertes por 100 000 habitantes en el 2010 y 66,0 en el 2014. Las enfermedades cerebrovasculares pasaron de 83,60 muertes por 100 000 habitantes a 71,41 en el mismo período.

El subregistro de mortalidad es inexistente y las causas mal definidas o ignoradas representaron 8,8% para el 2014.

No se registran casos de sarampión y rubéola. El tétanos se ha reducido a un solo caso notificado en el 2014. No hay difteria desde 1975.

En el 2014 se notificaron 213 casos de tos ferina, que se traducen en una tasa de 6,2 por cada 100 000 habitantes.

La hantavirosis y la leptospirosis eran endémicas en el 2014 con una incidencia de 0,6 y de 4,9 casos por 100 000 habitantes, respectivamente.

El último caso de rabia humana notificado fue en 1966 y de rabia canina en 1983.

En el 2014 se notificaron tres casos de brucelosis, con una incidencia de 0,1 por cada 100 000. La equinococosis quística es endémica en zonas rurales, encontrándose en un nivel muy alto de control.

En el 2002, se logró eliminar la lepra, tanto a nivel nacional como subnacional. En el 2015, la prevalencia fue de 5 casos.

El suicidio es un importante problema en los adolescentes; el 10,1% declara haber intentado quitarse la vida una o más veces en los últimos 12 meses.

En el 2015, la prevalencia de factores de riesgo en la población urbana adulta (de 25 a 64 años) fue de 64,9% para el sobrepeso u obesidad, 36,6% para la hipertensión arterial y 21,5% para el colesterol elevado

En el 2011, 17% de la población declaró padecer al menos una discapacidad, que en 70,5% de los casos era leve, en 25%, moderada y en 4,5%, severa.

En el 2014, en el grupo de edad de 15 a 24 años los accidentes de transporte terrestre fueron la principal causa de muerte, con una tasa de 20,17 por cada 100 000, con una importante diferencia entre sexos (33,21 en hombres y 6,65 en mujeres).

En el 2014, el número de suicidios fue de 601. La tasa de suicidios fue de 26,0 por 100 000 habitantes en los hombres y de 6,8 en las mujeres.

La prevalencia de diabetes en la población de 25 a 64 años fue de 7,6% en el 2015.

En el período entre el 2007 y el 2011, la mayor tasa de incidencia de cáncer en mujeres correspondió al cáncer de mama (73,1 casos por 100 000 habitantes), al cáncer colorrectal (27,3) y cervicouterino (15,7), mientras que en hombres la mayor incidencia corresponde al cáncer de próstata (61,7), al de pulmón (47,9) y al colorrectal (38,1).

En el 2013, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población de 25 a 64 años fue de 64,9%.

En el 2013, entre los niños de 0 a 3 años, 5% presentaba talla baja para su edad; en los menores de 2 años, 9,6% presentaba sobrepeso u obesidad y en los de 2 a 4 años, la prevalencia alcanzó 11,3%.

En el período 2010-2011, la prevalencia de caries medida en promedio de índice CPOD fue de 4,15% en la población joven, de 15,2% en los adultos y de 24,1% en los adultos mayores.

En el 2013 se registró un descenso en el número de fumadores diarios entre la población de 25 a 64 años (de 32,7% en el 2006 a 28,8% en el 2013). En los jóvenes escolarizados de 13 a 17 años este número disminuyó a 9,2% en el 2014.

La edad promedio de inicio de consumo de alcohol es de 12,8 años. Se estima que solo 10% de los consumidores problemáticos de alcohol ha buscado ayuda profesional en centros especializados.

La droga con mayor prevalencia de consumo es el cannabis. En el 2014, la prevalencia anual del consumo en la población entre 13 y 17 años superó a la del tabaco (17% y 15,5%, respectivamente). Uruguay ha comenzado desde el 2013 un proceso hacia un mercado regulado del cannabis.

La población inactiva de 25 a 64 años alcanza 22,8%. En los estudiantes de 13 a 15 años, 42,6% de los hombres y 17,1% de las mujeres mantenían un nivel adecuado de actividad física.

A partir del 2012, se aprobó por decreto prohibir la entrada o salida del insecticida endosulfán.

El Ministerio de Salud Pública mantiene sus competencias indelegables en la rectoría sobre la conducción, las funciones esenciales de salud pública, la regulación y la habilitación y acreditación de servicios y profesionales de salud. La Dirección General de la Salud coordina y controla las políticas públicas sanitarias, y la Dirección General de Secretaría asume los aspectos administrativos, financieros y de gestión de recursos humanos

La Junta Nacional de Salud (JUNASA) administra el seguro nacional de salud, la Dirección General de Coordinación coordina la integración pública y privada, y el FONASA es un fondo público obligatorio que financia al sistema.

El gasto en salud creció 53% entre los años 2007 y el 2014, alcanzando a 8,6% del PIB en el 2014 (público, 6,5%; privado, 2,1%).

El gasto per cápita en salud creció 45% en dicho período (2007-2014). En el 2007, 53% del gasto fue financiado con fuentes públicas y, en el 2014 aproximadamente 70%.

La densidad de recursos humanos para el año 2012 era de 63 profesionales por cada 10 000 habitantes, con 23,8% de enfermeras, 73,2% de médicos y 3,0% de parteras.

El modelo de gestión y atención cambió desde un modelo asistencialista curativo a uno preventivo basado en los principios de la atención primaria de salud.

Los incentivos que se promovieron desde el financiamiento aún no han resultado suficientes para avanzar sustantivamente en este plano decisivo de transformación de un modelo de atención orientado a la calidad homogénea para toda la población cubierta.

Se han vivido avances discretos en la asignación de usuarios a efectores y en la elección por parte de los usuarios de un médico con población asignada a cargo, como meta asistencial para las instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

LOGROS, DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS

Entre 1990 y el 2015, el país ha vivido un importante avance global y de salud, con un Índice de Desarrollo Humano de 0,793, ubicándose en el lugar 52.

La expectativa de vida al nacer ha aumentado y la población ha envejecido, con mayor carga de enfermedades crónicas no transmisibles.

El fortalecimiento del sistema de salud mediante el proceso de reforma ha contribuido a mejores condiciones asistenciales y sanitarias. Sin embargo, enfrenta desafíos del propio sistema y los que demanda el cambio de perfil epidemiológico y envejecimiento.

Entre los principales retos destacan el cambio climático y la seguridad humana, con un lugar destacado de la violencia y la seguridad alimentaria.

Las complicaciones y la mortalidad por VIH/sida, a pesar de la disponibilidad de terapia antirretroviral, continúa siendo un desafío relevante. En el año 2012 se inició el proyecto "Hacia la inclusión social y el acceso universal a la prevención y atención integral en VIH/sida en las poblaciones más vulnerables en Uruguay".

PUNTOS ADICIONALES

En el año 2005 se inició un proceso de transformación del sistema de salud que conduciría a la construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

A lo largo la década entre el 2005 y el 2015, Uruguay ha sostenido un proceso de creciente mejora de la calidad de vida de su población, que se traduce en los indicadores de pobreza, empleo, distribución de la riqueza, acceso a bienes y servicios sociales, mortalidad infantil, reconocimiento y formalización de derechos ciudadanos y reversión del saldo migratorio, entre otros.

El proceso de implementación del SNIS desde el año 2008 ha mejorado la realidad sanitaria del país, disminuyendo los niveles de segmentación que generaban fuertes inequidades y dándole estabilidad al sistema.

El Fondo Nacional de Salud (FONASA) es una pieza central del modelo de financiamiento que conforma una contribución tripartita en el que las personas aseguradas aportan en función de sus ingresos.

En junio de 2016 la cobertura alcanza 73% de la población total del país.

Los Objetivos Sanitarios Nacionales para el 2020 tienen como objetivo alcanzar mejoras en la situación de salud de la población, disminuir las desigualdades en el derecho a la salud, mejorar la calidad de los procesos asistenciales de salud y generar las condiciones para que las personas tengan una experiencia positiva en la atención de su salud.



VENEZUELA (REPÚBLICA BOLIVARIANA DE)

INDICADORES BÁSICOS SELECCIONADOS

1990-2015

	Valor 1990	Valor y año	Variación (%)
Ingreso nacional bruto, paridad de poder adquisitivo (PPA, US$ per cápita)	...	17 700 (2014)	...
Índice de desarrollo humano	0,634	0,762 (2013)	20,2
Promedio de años de escolaridad	4,6	9,4 (2014)	104,3
Población que usa instalaciones de agua potable mejoradas (%)	89,0	93,0 (2015)	4,5
Población que usa instalaciones de saneamiento mejoradas (%)	82,0	94,0 (2015)	14,6
Esperanza de vida al nacer (años)	71,1	74,6 (2016)	4,9
Mortalidad infantil (por 1 000 nacidos vivos)	24,6	14,7 (2013)	-40,2
Mortalidad materna (por 100 000 nacidos vivos)	...	68,7 (2013)	...
Incidencia de tuberculosis (por 100 000 habitantes)	35,0	22,2 (2015)	-36,7
Mortalidad por tuberculosis (por 100 000 habitantes)	4,3	1,6 (2013)	-62,8
Cobertura de inmunización contra el sarampión (%)	61,0	97,3 (2015)	59,5
Cobertura de atención del parto por personal cualificado (%)	...	...	...



Población en 1990 (millones)	19,4
Población en el 2015 (millones)	30,6
Variación (%)	57,8



Venezuela es un estado federal situado al norte de América del Sur, conformado por un distrito capital, 23 estados, 335 municipios y 1 091 parroquias. Comprende también las dependencias federales constituidas por 311 islas, islotes y cayos. Su extensión es de 912 446 km^2, y tiene una gran diversidad climática por su geografía.

La población estimada en el 2015 fue de 30,6 millones de habitantes; 88,8% se concentra en zonas urbanas y 2,7% corresponde a los pueblos indígenas. En el 2016, la esperanza de vida al nacer era de 74,6 años (78,8 años para las mujeres y 70,6 para los hombres).

Desde la década de 1990, la estructura poblacional ha variado de un patrón expansivo a uno de tendencia estacionaria (especialmente en los menores de 25 años), en relación al descenso de la fecundidad y la mortalidad de los últimos 25 años. El crecimiento demográfico anual fue de 1,7% y la tasa de natalidad de 19,7 por 1 000 habitantes.

La principal fuente de ingresos proviene de la exportación del petróleo, que representa más de 85% del total.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Entre 1998 y el 2011, la población bajo el umbral de pobreza descendió de 49,0% a 27,4%, y de pobreza extrema, de 21,0% a 7,3%. Sin embargo, en el 2013 la pobreza aumentó a 32,1% y la pobreza extrema a 9,8%.

La tasa de ocupación laboral en el período 2010-2014 fue mayor de 90%, sin diferencias entre hombres y mujeres.

Según el Banco Central de Venezuela, la tasa inflacionaria acumulada del 2015 a febrero del 2016 fue de 180,9%.

Desde el 2012, hay una reducción progresiva del precio internacional del petróleo que afecta a la actividad económica del país, en particular la importación de productos básicos como alimentos y medicamentos, algunos de los cuales tienen precios regulados, subsidiados por el Estado.

Cerca de 70% de la producción de energía en el país es hidroeléctrica, la cual se ve afectada en los períodos de sequía con un impacto económico y social.

Entre el 2010 y el 2013 la matrícula escolar aumentó en 4,16% en el nivel básico y en 2,73% en la educación media, y alcanzó un promedio de 9,4 años en el 2014.

En el período 1999-2014, mejoró el acceso a nuevas tecnologías (p. ej., Internet) pasando de 680 000 a 12,56 millones de usuarios.

En el 2015, 93% de la población tenía acceso a agua potable y 94%, usa instalaciones de saneamiento mejoradas. Alrededor de 80% de la basura se envía a rellenos sanitarios, y se reciclan 2,3% del total de residuos.

Durante el 2015, Caracas presentó una tasa de homicidios de 63,5 muertes por 100 000 habitantes.

El país es altamente sensible a los efectos del cambio climático, que provocan grandes inundaciones, sequías, incendios, explosiones, derrames y movimientos de tierra.

El país cuenta con una gran riqueza natural, que abarca una gran cantidad de especies tanto de flora como de fauna. En las dos últimas décadas el territorio ha sufrido una reducción en la deforestación de 43,2%.

SITUACIÓN DE LA SALUD Y DEL SISTEMA DE SALUD

Entre 1990 y el 2009, la mortalidad materna se mantuvo estable, con 60 muertes por 100 000 nacidos vivos. Posteriormente hubo un incremento, alcanzando 70 casos por 100 000 nacidos vivos en el 2015.

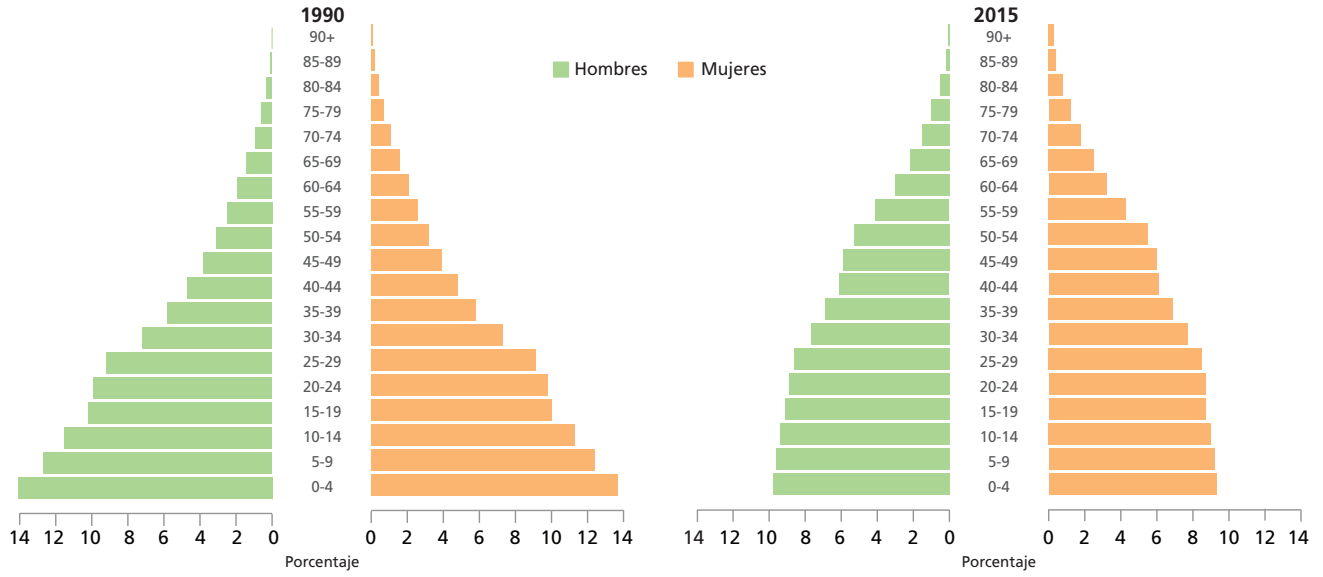
Las principales causas fueron la hemorragia y la enfermedad hipertensiva. De los casos, 3,17% ocurrieron en madres indígenas y 1,85% en afrodescendientes.

Del total de partos, 98% son institucionalizados y uno de cada cinco corresponde a mujeres menores de 20 años.

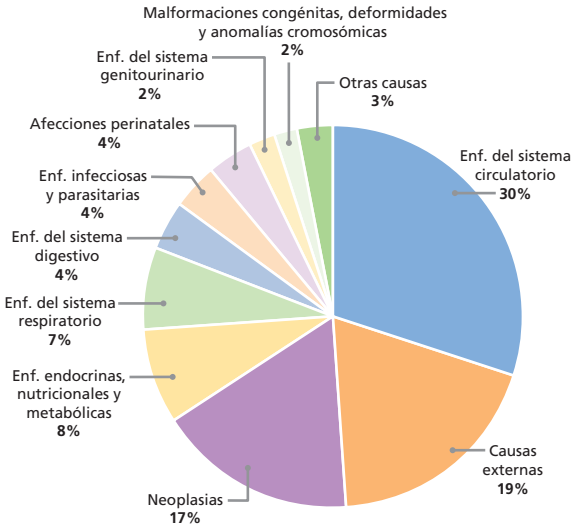
En el 2013, la tasa de mortalidad infantil fue de 14,7 por 1 000 nacidos vivos, de acuerdo a los datos de los indicadores básicos de la OPS. Las afecciones perinatales y las anomalías congénitas son las principales causas de muerte.

La desnutrición crónica en los menores de 5 años se ha reducido de 13,4% en el 2009 a 3,37% en el 2013.

Estructura de la población según edad y sexo, Venezuela, 1990 y 2015



Mortalidad proporcional (% defunciones totales, todas las edades, ambos sexos), 2013



En el quinquenio 2011-2015, las coberturas de programa de inmunizaciones hasta un año de edad se han mantenido por debajo de 95%. En el 2016, en la población de 1 año de edad, la cobertura contra el sarampión, la rubéola y la parotiditis (SPR) fue de 88,3% y contra fiebre amarilla, de 84,0%, y con la tercera dosis de PCV1, 6,7%. A nivel de los estados y municipios se ha observado niveles heterogéneos de cobertura.

El país se ha mantenido libre de poliomielitis, rubéola, síndrome de rubéola congénita, fiebre amarilla y difteria, con ningún caso notificado para estas enfermedades desde el 2011. Sin embargo, se han notificado 7 casos de tétanos neonatal y 68 casos de tétanos en otras edades, 18 de tos ferina, 3 000 de parotiditis y 8 de meningitis por *Haemophilus influenzae* tipo b.

En el 2013, la tasa de mortalidad general fue de 4,9 muertes por 1 000 habitantes (6,1 en los hombres y 3,8 en las mujeres). Los principales grupos de causas fueron las enfermedades del sistema circulatorio (30%) y causas externas (19%), de modo que estos dos grupos provocaron la mitad de las muertes del país.

Entre las causas más específicas de muerte destacan las enfermedades crónicas no transmisibles, entre las cuales se incluyen las enfermedades cardíacas (20,7%), cáncer (15,4%), diabetes (7,6%) y enfermedades cerebrovasculares (7,5%).

Las primeras cinco localizaciones de neoplasias malignas fueron próstata, glándula mamaria, cuello uterino, de pulmón y de colorrectal, que en conjunto representaron 54% del total.

En el 2013, se notificaron 9 720 muertes por accidentes de tránsito, que representaron 6,51% del total. El 72,31% fueron accidentes de tránsito terrestre.

En el 2015 se notificó el primer caso autóctono del virus del Zika. En el 2016 se confirmaron por laboratorio 2 200 casos con una tasa de incidencia de 192,9 por 100 000 habitantes sin notificación de casos de Guillain-Barré asociados.

En el 2014 se notificaron los primeros casos de virus chikunguña. En el 2015, la tasa de incidencia acumulada fue de 54 casos por 100 000 habitantes. El 2016 la tasa descendió a 11,2 casos por 100 000.

En el período del 2011-2015 se notificaron 285 960 casos de dengue, existiendo evidencia de la circulación de los cuatro serotipos. El número de muertes anuales por dengue fue de 90 en el 2015 y 30 en el 2016.

La tasa de incidencia de malaria se triplicó (1,58 a 4,45 por 1 000 habitantes del 2011 al 2015), presentando un total de ocho defunciones en el 2015, convirtiéndose en uno de los temas prioritarios de la agenda sanitaria nacional.

En el período del 2011-2015, se notificaron 76 casos de enfermedad de Chagas por trasmisión oral.

La leishmaniasis visceral es endémica (incidencia de 0,12 casos por 100 000 habitantes en el 2013). En el período del 2013-2015, la incidencia de leishmaniasis cutánea fue de 7 por cada 100 000 habitantes.

En enero del 2011 se confirmaron 99 casos de cólera importados. No se han reportado nuevos casos. Entre el 2011 y el 2016, se notificó solo un caso de rabia humana, dos en felinos y 35 en caninos. En el 2016 se notificaron 303 casos nuevos de lepra, 87 en mujeres y 8 en menores de 15 años.

Persiste la transmisión de oncocercosis en la zona indígena Yanomami. Sin embargo, en el período del 2014 al 2015 su transmisión descendió 75%.

En el 2015, la incidencia de casos de tuberculosis fue de 22,29 por 100 000 habitantes. De ellos, 83,6% fueron pulmonares y 16,4%, extrapulmonares. El grupo de entre 15 y 34 años concentró 38,9% de ellos.

Se estima que 108 575 personas viven con virus de la inmunodeficiencia humana, de los cuales 64,7%, son hombres. De ellas más de 60 000 reciben tratamiento antirretroviral. La prevalencia es de 0,56% en la población general y superior a 5% en los grupos más vulnerables.

En el 2014, la tasa de prevalencia de sobrepeso en adultos mayores de 20 años alcanzó 62,3%.

La prevalencia de fumadores entre los adultos fue de 17,0% y en adolescentes de 13 a 15 años, de 5,6%.

En el 2011 se atendió a 37 531 pacientes en hospitales psiquiátricos, de los que 53% eran mujeres, 7% niños o adolescentes. De ellos, 1% de los pacientes recibieron tratamientos de internación de entre 5 a 10 años en hospitales psiquiátricos.

El Sistema Público Nacional de Salud (SPNS) se basa en los principios suscritos en la Constitución Nacional de 1999, donde la salud constituye un derecho social fundamental que el Estado garantiza a partir de un sistema sanitario de servicios gratuitos, definido como único, universal, descentralizado y participativo.

El Sistema Nacional de Salud (SNS) está integrado por los subsectores público y privado. El Ministerio es la institución rectora del Estado y está estructurado en cinco viceministerios: de Salud Integral, de Redes de Salud Colectiva, de Hospitales, de Recursos, Tecnología y Regulación, y de Redes de Atención Ambulatoria de Salud.

El sector público lo conforman: el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), el Instituto de Previsión y Asistencia Social del Ministerio de Educación (IPASME), el Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas (IPSFA), la Corporación Venezolana de Guayana (CVG) y Petróleos de Venezuela S.A. (PDVSA).

En el 2016 había 16 908 establecimientos de la Red de Atención Comunal y 293 hospitales en el sector público.

Entre el 2010 y el 2014, el gasto total en la salud como porcentaje del PIB aumentó 49% (de 4,75% a 7,09%).

A partir del 2011, los médicos integrales comunitarios están habilitados para ejercer la profesión. Entre el 2010 y el 2015, el Ministerio asignó 5 873 becas para estudios de pregrado y 8 959 para estudios de posgrado en ciencias de la salud.

El Ministerio cuenta con un Sistema de Información en Salud, que incluye un registro médico electrónico que constituye una herramienta muy útil para la vigilancia epidemiológica de los programas de salud.

LOGROS, DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS

El Plan Nacional de Salud 2014-2019 establece objetivos, políticas, proyectos y estrategias para desarrollar la gestión del Estado, con el propósito de garantizar la salud como derecho universal, la atención de la salud como bien público y responsabilidad del Estado y la salud pública integral (que incluye promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación).

Conforme a los esfuerzos realizados y las tendencias observadas, se espera lograr la eliminación de enfermedades desatendidas como la lepra y la rabia, mediante la concertación de objetivos comunes con los sectores involucrados en el abordaje de los determinantes sociales de la salud.

La reducción de la mortalidad materna y el control de la malaria se han convertido en temas prioritarios de la agenda sanitaria nacional.

El objetivo de prevenir y controlar las enfermedades crónicas no transmisibles ha llevado a formular políticas intersectoriales que integran la promoción de prácticas saludables, la calidad de la atención, la regulación y la legislación.

Dado el rápido incremento del grupo de adultos mayores, surge la prioridad por conservar su capacidad funcional, con el apoyo de servicios especializados en atender a las personas mayores, y que incluyan la sostenibilidad de los cuidados a largo plazo.

El Acuerdo Nacional hacia la Universalización de los Servicios de Salud refleja la voluntad política de mejorar el acceso de toda la población.

PUNTOS ADICIONALES

En el 2012 se lograron avances en los determinantes sociales de la salud, como la disminución de 7,7% de la población en situación de pobreza extrema y de 2,7% en la desnutrición global en menores de 5 años, y los aumentos en la cobertura por red de provisión de agua potable (95%) y recolección de aguas servidas (84%).

Durante el período 2011-2015, en el marco de la Misión Vivienda, se construyeron un millón de casas, cubriéndose 26,7% de las necesidades de las familias inscritas en el Registro Nacional de Vivienda.

Hasta mayo del 2014, 2,6 millones de venezolanos se habían beneficiado de la Misión Robinson, una iniciativa social de alfabetización cuyo objetivo es permitir que la población analfabeta aprenda a leer y escribir usando materiales educativos innovadores.

El SPNS, mediante el fortalecimiento e integración de la red de salud a través de la estrategia Barrio Adentro 100%, trabaja para alcanzar el acceso pleno y una cobertura de salud universal de calidad para la población del país.

El país cuenta con un Plan de acción para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud, el cual contribuye a fortalecer la obtención de datos básicos para entregar el certificado de nacimiento —en el centro asistencial de atención de los partos— y el certificado de defunción —en el lugar de ocurrencia—, garantizando una amplia cobertura, calidad y oportunidad de los datos.

***Salud en las Américas+ 2017*, la publicación emblemática de la Organización Panamericana de la Salud,** presenta información sobre los avances y desafíos para la salud en la Región de las Américas desde la edición anterior publicada en el año 2012. En esta edición se incluye el perfil de la situación de salud en cada uno de los países y territorios de la Región sobre la base de los datos más recientes disponibles. Este volumen impreso ofrece un resumen de los logros y los retos, que se detallan de manera más completa en la plataforma interactiva en línea. En su conjunto, *Salud en las Américas+ 2017* ofrece un panorama integral de la salud en toda la Región y abarca temas como la salud universal y los principales logros y desafíos para la salud en los cinco últimos años. En esta edición se incorpora además una mirada hacia el futuro, en la que se proyectan las tendencias actuales para prever los posibles escenarios y problemas que tendremos por delante conforme forjamos una agenda regional de salud en común, en consonancia con la agenda mundial para el 2030.

Salud en las Américas+ 2017 *ofrece importantes perspectivas y análisis sobre los grandes retos y oportunidades de salud que nuestra Región tiene hoy ante sí. Abrigamos la esperanza de que los países utilicen estos resultados para elaborar y perfeccionar marcos de salud que den a cada persona la posibilidad de alcanzar el grado máximo de salud que se pueda lograr.*

—Carissa F. Etienne, Directora

www.paho.org/sa2017



Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

ISBN:9789275319666