

materia de salud para el año 2010. La iniciativa aborda las disparidades de salud de los pueblos indígenas estadounidenses y de Alaska con respecto a la mortalidad infantil, la diabetes mellitus, la cardiopatía, el VIH, los exámenes de detección y el tratamiento del cáncer uterino y de mama, y la inmunización de los niños y los adultos (125).

### Los organismos internacionales y la integración intersectorial

Virtualmente, todos los gobiernos y las organizaciones internacionales comprenden la importancia de asociarse con los pueblos indígenas para lograr la equidad en el estado de salud y el acceso a los servicios necesarios. Se reconoce ahora que la programación es más eficiente cuando los indígenas participan en ella y cuando se incorporan criterios culturalmente específicos. Hay también un énfasis nuevo en el derecho de los pueblos indígenas a conservar sus valores e instituciones culturales (126).

La Iniciativa sobre la Salud de los Pueblos Indígenas, puesta en marcha por la OPS en 1993, representa la contribución de la Organización y sus Estados Miembros para apoyar el Año Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo, establecido por las Naciones Unidas (1993), y el Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo (1995–2004).

Otros organismos internacionales también han reconocido la necesidad de mejorar la eficiencia de las intervenciones para combatir la pobreza que se concentran en las poblaciones indígenas. Por ejemplo, el BID y el Banco Mundial han creado programas de reducción de la pobreza y desarrollo concentrados en las comunidades indígenas.

## LA DISCAPACIDAD

En las Américas, algunas condiciones que favorecen el aumento de discapacidades son el envejecimiento de la población, la desnutrición, los accidentes, el abuso del alcohol y drogas, la pobreza extrema, las guerras, la violencia social, el desplazamiento de grupos poblacionales y los desastres naturales. Además, se han incrementado las enfermedades emergentes, reemergentes y crónicas, como causas productoras de discapacidades.

En Latinoamérica existen aproximadamente 85 millones de personas con discapacidad. Probablemente más de un cuarto de la población total de la Región se encuentra afectada directa o indirectamente, ya sean familiares, amistades o miembros de la comunidad. La accesibilidad y movilidad son los principales problemas a los que se enfrenta la población discapacitada, debido a las barreras arquitectónicas y urbanísticas que intensifican la dificultad para integrarse al mercado laboral y realizar las actividades cotidianas.

Algunos aspectos que se deben tener en cuenta al analizar la situación de la rehabilitación en las Américas son, entre otros, los sectores involucrados en la rehabilitación que se han desarro-

llado de manera poco coordinada, con un mayor adelanto de los aspectos de salud y educación; la calidad de vida de las personas con discapacidad y de su familia se ve afectada también por las condiciones de pobreza en las que vive gran parte de este sector de la población; la rehabilitación profesional no ha avanzado igual que la médica o la educativa; la incorporación de las personas con discapacidad a los servicios y programas de rehabilitación en la Región ha sido parcial, ya que solo 2% de esta población tiene acceso; las instituciones responsables del desarrollo de políticas de rehabilitación existen en 78% de los países; los programas de rehabilitación solo se están llevando a cabo en 51% de los países; la legislación específica existe en 62% de los países; la mayoría de los países no cuenta con un sistema de registro sobre discapacidades y rehabilitación; la investigación sobre el tema es muy limitada; la formación de recursos humanos en la Región se ha concentrado especialmente en fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales; el personal general de salud capacitado en materia de rehabilitación es muy escaso, y los programas de seguridad social, en general, cubren riesgos profesionales, enfermedades y accidentes ocupacionales, y pensiones por discapacidad que benefician a la población asalariada del área urbana.

Las principales causas de discapacidad están relacionadas con la salud y el ambiente. Las causas sanitarias incluyen defectos congénitos, enfermedades crónicas, tumores malignos, enfermedades infecciosas, deficiencias nutricionales y parasitosis, al igual que problemas relacionados con el desarrollo del feto y el parto. Entre las causas ambientales están la contaminación ambiental y sus efectos en la salud; por ejemplo, el uso irracional de plaguicidas en los cultivos. Otras causas son la violencia y la escasa prevención de accidentes ocupacionales o de tránsito, sin olvidar los casos que presentan traumas psicológicos y emocionales debidos a los conflictos armados, a los que se unen las víctimas de minas antipersonales.

En la mayoría de los países se han establecido servicios de rehabilitación en centros asistenciales de alta complejidad, pero existe un déficit en los niveles intermedios y primarios de los sistemas de salud. A esto se suma la poca disponibilidad de talleres de ortesis y prótesis y la escasa provisión de otros aditamentos o dispositivos de asistencia técnica para las personas con discapacidad que lo requieran.

La estrategia de Servicios de Rehabilitación de Base Comunitaria para garantizar una atención integral a las personas con discapacidad ha sido ampliamente impulsada en los países de la Región en los últimos 20 años. Con la cooperación de la OPS se ha implantado en la mayoría de los países, aunque aún no constituye una prioridad en los planes de salud. Los mayores avances se han logrado en Argentina, Brasil, Colombia, Cuba, México, Nicaragua y Venezuela, así como en los países del Caribe de habla inglesa. Además, se iniciaron proyectos especiales en Bolivia, El Salvador, Guatemala y Honduras. Se trabaja la puesta en marcha de esta estrategia en áreas indígenas de Bolivia, Guyana, Perú y Venezuela, así como en la zona Miskito de Nicaragua y Honduras.

En el marco del Tratado de Ottawa para la destrucción de minas antipersonales y la prohibición de su uso, almacenamiento y producción, los gobiernos de Canadá y México establecieron un programa de asistencia para la rehabilitación integral de víctimas de minas antipersonales en América Central. A este esfuerzo se unió la OPS, como organismo especializado en salud con un programa regional de rehabilitación. Actualmente el proyecto tiene como países receptores a El Salvador, Honduras y Nicaragua y está dirigido no solo a las víctimas de minas, sino también a toda la población con discapacidad que requiera atención médica y su reinserción en la sociedad.

## ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

En la Región de las Américas, los problemas de desnutrición coexisten cada vez más con problemas de sobrealimentación. La desnutrición afecta básicamente a los lactantes y los niños menores de 2 años y se manifiesta como retraso del crecimiento y anemia. El sobrepeso y la obesidad se están convirtiendo en problemas crecientes que contribuyen a la hipertensión, las enfermedades cardiovasculares y la diabetes de tipo II entre los adultos.

### La nutrición de los lactantes y de los niños pequeños

#### *Características y tendencias de la lactancia natural y la alimentación complementaria*

El período de mayor riesgo de malnutrición coincide con el período de la lactancia natural y la alimentación complementaria. Si bien la mayoría de las mujeres de América Latina amamantan y lo hacen por un período relativamente largo, las prácticas de la lactancia natural están lejos de ser las óptimas. La duración de la lactancia natural exclusiva, el comportamiento que más se asocia con una reducción de la morbilidad y la mortalidad de los lactantes, tiene una duración muy inferior a los seis meses recomendados por la OMS (127) (cuadro 8). Poco se sabe acerca de las prácticas de alimentación complementaria en la Región. No obstante, los datos provenientes de México y el Perú muestran que los regímenes de alimentación de los niños pequeños no proporcionan suficiente valor energético, hierro y zinc (128).

Si bien los programas nacionales de apoyo al amamantamiento han tenido éxito (129-131) y la iniciativa de hospitales amigos del niño propiciada por la OMS y el UNICEF ha sido puesta en práctica ampliamente en toda la Región, aún no se cuenta con legislación aplicable sobre el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna en varios países. Solo Brasil, Costa Rica, Guatemala, Panamá, Perú, la República Dominicana y Uruguay han promulgado leyes que abarcan todas o casi todas las cláusulas del Código. Argentina, Barbados, Bolivia, Chile, Dominica, Ecuador, Granada, Guyana, Jamaica y Trinidad y Tabago han adoptado un código o política

de salud voluntarios que incluyen casi todas las disposiciones del Código, pero sin mecanismos de coerción. Varios otros países tienen leyes relacionadas con diversas disposiciones del Código y algunos han redactado leyes o están estudiando la mejor forma de aplicar el Código. La mayoría de los países de América Latina y el Caribe son miembros de la Comisión del Codex Alimentarius, que determina el etiquetado y contenido de los alimentos para lactantes, así como la edad apropiada para introducir alimentos complementarios.

#### *La desnutrición*

La desnutrición, que se manifiesta como retraso del crecimiento (talla baja para la edad) y peso inferior al normal (peso bajo para la edad), es a menudo un factor que contribuye a la aparición de las enfermedades comunes en la niñez y, como tal, se asocia con muchas causas de muerte de los niños menores de 5 años. La desnutrición crónica, medida según el retraso del crecimiento, es la forma más frecuente de desnutrición en la Región. Las características del riesgo de retraso del crecimiento específicas para la edad (desde el nacimiento hasta los 24 meses de edad) son similares en todos los países de la Región, a pesar de que su grado varía mucho. El período de riesgo de desnutrición aguda va desde los 3 a los 24 meses de edad, si bien no es un problema grave en la Región. Después de los 24 meses, los valores medios del peso para la edad en la Región están por encima de los valores de referencia, lo cual indica la presencia de sobrepeso.

#### *El VIH y la lactancia natural*

La comprobación de la transmisión del VIH mediante el amamantamiento ha complicado las recomendaciones concernientes a la alimentación de los lactantes. La transmisión del VIH de la madre al hijo, la principal causa de VIH y SIDA pediátricos, es un problema creciente en América Latina y el Caribe, donde se han comunicado más de 10.000 casos (132). Reconociendo que el amamantamiento es una modalidad importante y prevenible de transmisión del VIH, el ONUSIDA, junto con la OMS y el UNICEF, en 1998 formularon nuevas pautas sobre el VIH y la alimentación de los lactantes (133).

#### **Los micronutrientes**

Si bien se han logrado grandes avances en relación con las carencias de micronutrientes en la Región, estas carencias continúan teniendo una prevalencia elevada. Se ha dedicado más atención a la anemia ferropénica, la carencia de vitamina A y la carencia de yodo.

El signo más fácilmente reconocible de la carencia de hierro es la anemia nutricional, que afecta a 77 millones de niños y mujeres de América latina y el Caribe: 6 millones de lactantes, 13 millones de niños en edad preescolar, 31 millones de niños en edad escolar, 23 millones de mujeres en edad fecunda y 4 millones de mujeres embarazadas (134). Es la carencia nutricional más fre-

cuenta entre los lactantes y los niños pequeños en la Región, con una prevalencia que varía de 9% en Chile (135) a 33% en la Argentina y México (136), y es la causa principal de anemia en la Región. Varios países de la Región usan el enriquecimiento específico de los alimentos complementarios y la leche destinados a los niños pequeños, con el fin de reducir la prevalencia de la anemia en este grupo de edad (135, 137). En muchas comunidades, la carencia de hierro también es un problema entre los adolescentes.

Además de la carencia de hierro, existen otras causas no nutricionales de anemia, como la menstruación, las anomalías genéticas (por ejemplo, la anemia falciforme) y las enfermedades infecciosas que destruyen los glóbulos rojos (por ejemplo, la malaria). Las parasitosis y la consiguiente pérdida de sangre constituyen otra causa de anemia. Dadas las dimensiones y alcances de la carencia de hierro en la Región, se requieren programas con una cobertura amplia para aumentar su ingesta, que incluyan el mayor consumo de alimentos ricos en hierro, la fortificación de los alimentos y la administración de suplementos.

La mayoría de los países de la Región fortifican la harina de trigo o maíz con alguna combinación de hierro y vitaminas B, como folatos, niacina, riboflavina y tiamina. Varios países también fortifican la margarina, los productos lácteos y el azúcar con vitamina A. En el mundo en desarrollo, los países de América Latina y el Caribe son líderes en la fortificación de los alimentos gracias a sus industrias alimentarias bien desarrolladas, la creciente urbanización y el empleo de alimentos de elaboración industrial, la aceptación del gobierno y el público de la fortificación de los alimentos y la aprobación de leyes que apoyan las actividades de fortificación.

A causa de los elevados requerimientos de hierro durante el embarazo, las mujeres embarazadas necesitan suplementos diarios de hierro. Sin embargo, a pesar de las normas que exigen esta práctica y los programas en gran escala dirigidos a las mujeres embarazadas en la Región, la mayoría de las estrategias de administración de suplementos no han tenido éxito debido a los bajos niveles de cobertura y observancia.

Cuando se lo ingiere durante el período que rodea a la concepción, el ácido fólico desempeña una función importante de prevención de defectos del tubo neural en los lactantes, una de las formas más comunes de malformación congénita. La fortificación de los alimentos es una estrategia usada para aumentar las concentraciones de folatos de las mujeres en edad fecunda. La mayoría de los países de la Región fortifican con ácido fólico las harinas de cereales con el propósito de reducir la incidencia de defectos del tubo neural.

La carencia de vitamina A es la causa más importante de ceguera infantil en los países en desarrollo y, en niveles subclínicos, contribuye considerablemente a la morbilidad y mortalidad elevadas causadas por infecciones infantiles comunes. Si bien la carencia clínica de vitamina A todavía es evidente en el Brasil y Haití, en la Región de las Américas, esa carencia se manifiesta principalmente como una enfermedad subclínica difundida en

muchos países, donde se estima que más de la cuarta parte de los niños menores de 5 años están afectados.

Estudios recientes revelan que 15% o más de los niños en edad preescolar están afectados por una carencia subclínica de vitamina A en el Ecuador, México y la República Dominicana, y que la carencia subclínica persiste en los niños menores de 3 años en Colombia, Guatemala, Honduras y el Perú. La carencia subclínica de vitamina A también ha sido un problema en Bolivia y el nordeste del Brasil, si bien no se dispone de datos nacionales recientes para estimar las dimensiones del problema; varios otros países carecen también de datos recientes para confirmar la presencia o ausencia de la carencia subclínica de vitamina A como un problema de salud pública.

Los suplementos profilácticos con dosis elevadas de vitamina A son la intervención más difundida para combatir la carencia de este micronutriente, si bien la fortificación de los alimentos con vitamina A se está difundiendo lentamente.

En el último decenio, todos los países de la Región en los cuales la carencia de vitamina A es un problema han comenzado a aplicar programas de administración de suplementos de esa vitamina. Los logros importantes de esos programas incluyen la incorporación de los suplementos de vitamina A en las actividades de inmunización con el fin de aumentar la cobertura entre los niños pequeños, y la administración de suplementos a las mujeres durante el puerperio. Además, hay cada vez más conciencia de la necesidad de fortalecer los programas de suplementos mediante actividades integradas y la vigilancia ordinaria, como lo demuestra la mayor participación del personal de distintos programas de salud en las actividades relacionadas con la administración de suplementos.

En la mayoría de los países de la Región, las tasas de cobertura con la primera dosis de suplementos de vitamina A entre los niños menores de 1 año en general fueron superiores a 60% durante el período 1998–2000 (figura 8). Esto ha sido el resultado de vincular la administración de suplementos de vitamina A con las campañas de inmunización.

En promedio, la cobertura de la primera dosis de las series anuales de suplementos de vitamina A entre los niños mayores de 1 año de edad no es sistemáticamente tan alta como las tasas de cobertura observadas entre los lactantes. Con la edad, se vuelve progresivamente más difícil llegar a los niños a los que se destinan los suplementos de vitamina A, ya que son menos frecuentes los contactos con los servicios ordinarios de salud. Las tasas de cobertura para la segunda dosis de la serie anual de suplementos de vitamina A son extremadamente bajas en la mayoría de los países de la Región. Los suplementos de vitamina A administrados a las mujeres al comienzo del puerperio constituyen una estrategia relativamente nueva puesta en práctica por algunos países.

En la actualidad se promueven ampliamente en la Región la coordinación entre los programas para aumentar la cobertura de la administración de suplementos de vitamina A y la educación