

2 0 0 3

Organización Panamericana de la Salud

Progreso

en el logro

de la equidad

y desafíos

futuros

“La Declaración de los Objetivos de Desarrollo para el Milenio refleja un consenso político sin precedentes sobre el estado del mundo y su visión del futuro. Establece metas mensurables y plazos específicos para el progreso de la humanidad.”

Mirta Roses Periago
Discurso de toma de posesión como Directora de la OPS



Progreso referente a los indicadores de salud

Al finalizar el período fijado para lograr la meta de “salud para todos”, la mayoría de los países de la Región de las Américas había alcanzado los objetivos establecidos para varios indicadores de salud. De hecho, en la historia de la Región, nunca ha estado mejor la situación de salud, medida a través de indicadores promedio nacionales. Por ejemplo, los países de las Américas lograron reducir la mortalidad infantil a 24,8 defunciones por 1.000 nacidos vivos como promedio para el período 1995–2000, lo que representó una disminución de cerca de 12 muertes infantiles por 1.000 nacidos vivos con respecto al período 1980–1985. La esperanza de vida al nacer en América Latina también alcanzó un promedio de 72,9 años, que es la meta fijada para el final del siglo XX. Como resultado de un aumento de la cobertura de vacunación de 48% a 93% entre 1980 y 2000, la incidencia de sarampión en la Región de las Américas se redujo de 408 nuevos casos por 1.000.000 de habitantes en 1980 a 2 nuevos casos en 2000; sin embargo, el aumento a 2.576 nuevos casos en 2002 requiere el fortalecimiento de la cobertura de vacunación. El número de médicos disponibles por cada 10.000 habitantes también aumentó notablemente en la Región de las Américas en los últimos años, de 13,1 en 1980 a 19,8 en 1999.

Es un hecho bien conocido que la dependencia con respecto al uso de indica-

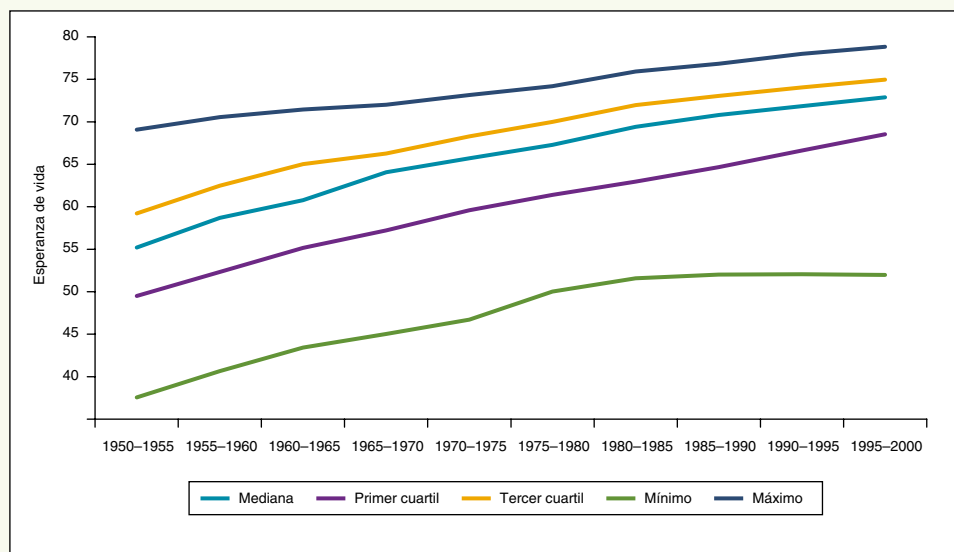
dores promedio puede ocultar importantes diferencias entre un país y otro y dentro de cada uno. Por ende, para determinar verdaderamente los logros en materia de equidad en salud, es indispensable examinar la distribución de los indicadores de salud.

Logros en materia de equidad, 1980–2000

Para efectos del presente análisis se escogió la esperanza de vida al nacer por considerarse un indicador resumen del estado de salud de la población. Entre 1950–1955 y 1995–2000, la esperanza de vida mediana al nacer en los países de las Américas registró un aumento de 55,2 años a 72,9 años (figura 1). Esto representa un incremento de 17,7 años, o sea 32% de la esperanza de vida al nacer en la Región.

Para medir los logros en la reducción de la desigualdad de la esperanza de vida al nacer en la Región se emplearon razones de recorrido intercuartílico (RIC = tercer cuartil/primer cuartil).¹ Este indicador muestra la distancia a que se encuentran los valores altos y bajos de la esperanza de vida al nacer de los países situados en los extremos. Junto con el aumento observado de la esperanza de vida al nacer en la Región, se observó una reducción del RIC de un exceso de 20% (RIC = 1,20) en 1950–1955 a un exceso de 9% (RIC = 1,09) en 1995–2000. Estos valores representan

¹La razón de recorrido intercuartílico (RIC) para la esperanza de vida se calculó como la relación entre la esperanza de vida al nacer en el país clasificado en el 75° percentil (3^{er} cuartil) y la correspondiente al país clasificado en el 25° percentil (1^{er} cuartil). Es una medida de la variación de la distribución de la esperanza de vida al nacer entre los países de un grupo.

FIGURA 1. Mediana y cuartiles de esperanza de vida al nacer, países de las Américas, entre 1950–1955 y 1995–2000.

una reducción de las diferencias absolutas de 9,7 años en 1950–1955 a 6,4 años en 1995–2000.

No obstante, hay importantes discrepancias en este análisis. Por ejemplo, aunque la mayoría de los países mostraron un gradiente de aumento constante de la esperanza de vida al nacer, otros no lo mostraron. Ese es particularmente el caso de Haití, que casi siempre presenta los valores mínimos (la línea mínima en la figura 1). La estimación de la esperanza de vida al nacer en Haití fue de 37,6 años en 1950–1955, valor que aumentó a 52,0 años en 1995–2000, mostrando obviamente una reducción en su tasa inicial de ganancia de esperanza de vida al nacer en el decenio de 1980.

Un análisis del efecto de las causas de muerte en la pérdida o ganancia de esperanza de vida al nacer en los últimos años podría ayudar a entender las tendencias descritas de este indicador en la

Región. Ese análisis se realizó a partir de información de 18 países sobre los que se dispuso de datos tanto de comienzos de los años ochenta como de finales de los noventa.

Se calculó el promedio de años de esperanza de vida ganados (AEVG),² según la contribución de grandes grupos de causas de muerte. En la figura 2 se resume la contribución de grandes grupos de causas de muerte a los AEVG en las Américas entre comienzos del decenio de 1980 y finales del de 1990, por edad y sexo. Vale la pena señalar el efecto que ha tenido la reducción de la mortalidad de los niños menores de 5 años en la ganancia de esperanza de vida al nacer en la Región, que se traduce en un promedio de 2 AEVG en ambos sexos y representa 50% del aumento total correspondiente a los hombres y 40% del correspondiente a las mujeres. El número de años ganados por ambos sexos, en su conjunto, se debió

² El promedio de años de esperanza de vida al nacer ganados (AEVG) o, en algunos casos, perdidos (AEVP) se calculó con ponderaciones basadas en el tamaño de la población y desagregadas por la contribución específica de las causas de muerte, según los métodos recomendados por E. E. Arriaga (Los años de vida perdidos: su utilización para medir el nivel y cambio de la mortalidad. *Notas de población*. 1996, 24(63):7–38.

FIGURA 2. Contribución de las causas de muerte al cambio en la esperanza de vida (AEVG), por grupos de edad, en hombres (A) y mujeres (B), Región de las Américas, principios de la década de 1980 a finales de la década de 1990.

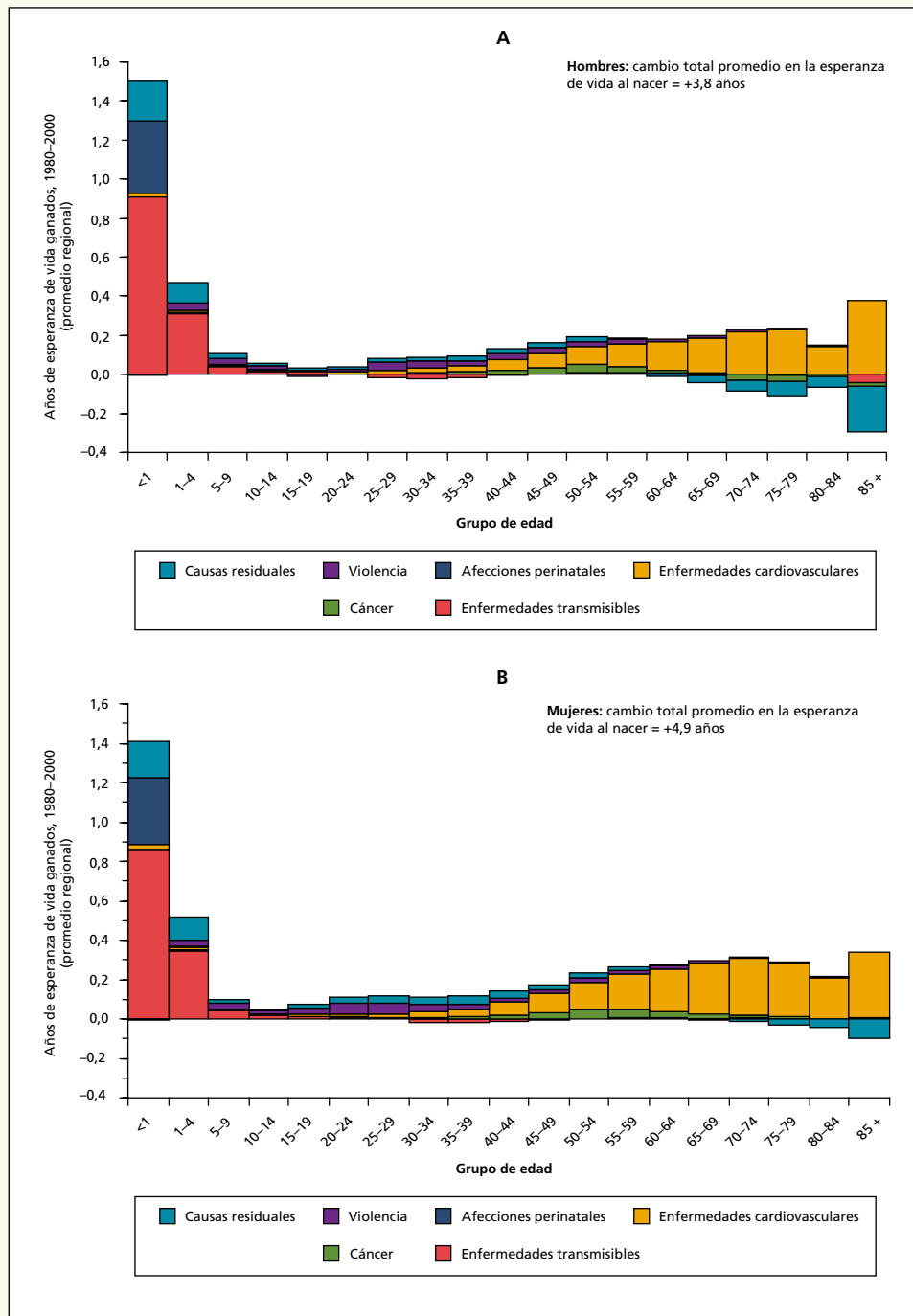
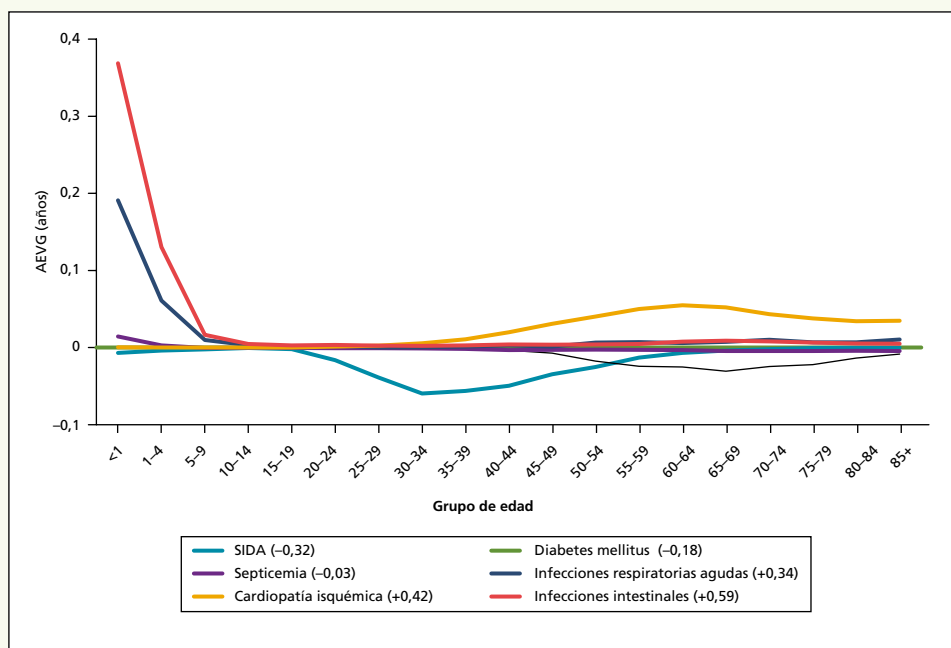


FIGURA 3. Distribución de los años de esperanza de vida perdidos (AEVP)/ganados (AEVG) en hombres por el cambio en la mortalidad, por edad, Región de las Américas, principios de la década de 1980 a finales de la década de 1990.

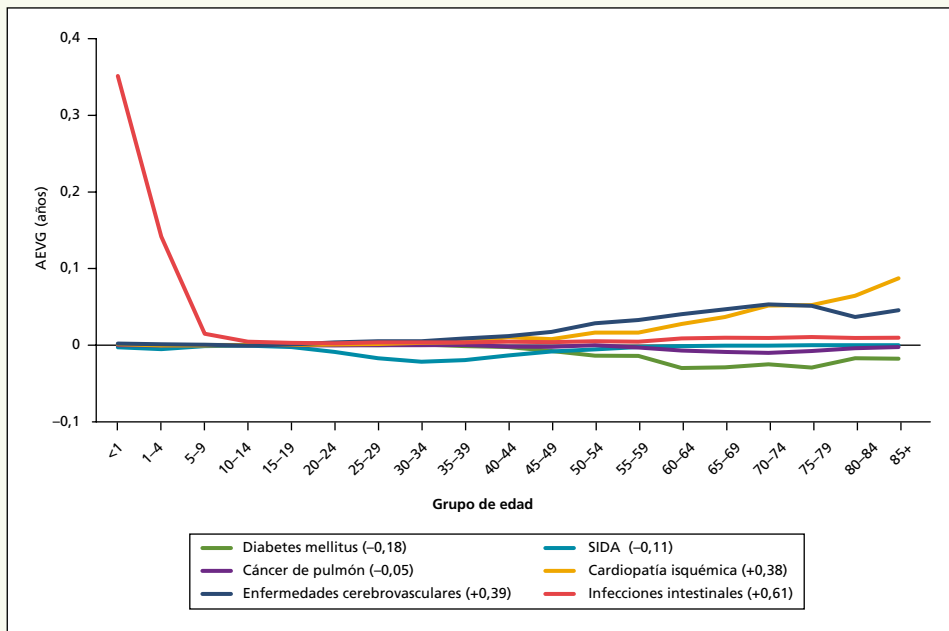


sobre todo a una reducción de la mortalidad por enfermedades transmisibles (60% o sea 1,2 AEVG) y por ciertas afecciones originadas en el período perinatal (25% o sea 0,5 AEVG). Además, la ganancia de esperanza de vida al nacer derivada de una reducción de la mortalidad por causas externas en personas de 15 a 39 años y por enfermedades cardiovasculares en adultos se hace más evidente en las mujeres. Esto, sumado al mayor impacto negativo de la mortalidad por causas residuales, enfermedades transmisibles y neoplasias en hombres adultos, explica por qué las mujeres han ganado, en promedio, más años de esperanza de vida al nacer (4,9 años) que los hombres (3,8 años). Es importante señalar que el impacto negativo de la mortalidad por enfermedades transmisibles en los hombres de 25 a 40 años y en las

mujeres de 30 a 40 años es esencialmente atribuible al SIDA.

También se analizaron las principales causas específicas de muerte de hombres y mujeres con impacto negativo y positivo en los AEVG en el mismo período (figuras 3 y 4). La causa de enfermedad infecciosa que tuvo el mayor impacto negativo fue el SIDA, particularmente en la población masculina adulta (figura 3). Los países como Barbados (-1,5 años), Panamá (-0,7), Puerto Rico (-1,0) y Trinidad y Tabago (-0,6) sufrieron el máximo impacto negativo. La pérdida de esperanza de vida al nacer de los hombres, -0,32 AEVG, como promedio en la Región, fue equivalente a casi el triple de la correspondiente a las mujeres, -0,11 AEVG (figura 4). La contribución de la diabetes mellitus a la esperanza de vida

FIGURA 4. Distribución de los años de esperanza de vida perdidos (AEVP)/ganados (AEVG) en mujeres por el cambio en la mortalidad, por edad, Región de las Américas, principios de la década de 1980 a finales de la década de 1990.



al nacer (-0,18 AEVG) también fue negativa, con un impacto similar para la población adulta masculina y femenina y los adultos mayores. Con excepción de la Argentina, Chile y Costa Rica, donde se observaron pequeñas ganancias, este impacto negativo se observó en la vasta mayoría de los países y se situó entre -0,3 y -0,7 AEVG. En lo que respecta al cáncer de pulmón, todos los países sufrieron efectos negativos en los AEVG en las mujeres, particularmente el Canadá y los Estados Unidos (figura 4). Por contraste, la mitad de los países experimentaron un modesto impacto positivo en la esperanza de vida al nacer por esa causa de muerte en los hombres (no se presentan los datos correspondientes).

El cambio positivo más importante en la esperanza de vida al nacer se debió a

una reducción de la mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales en la población de ambos sexos, particularmente en menores de 5 años (figuras 3 y 4). Estos cambios podrían guardar relación con los esfuerzos a favor de la promoción y del uso de sales de rehidratación oral. Otros cambios favorables pertinentes de la mortalidad que produjeron ganancias en la esperanza de vida al nacer fueron la cardiopatía isquémica, que contribuyó a un aumento de 0,42 y 0,38 AEVG en la población femenina y masculina, respectivamente; las infecciones respiratorias agudas, con 0,37 AEVG en las mujeres y 0,34 AEVG en los hombres, sobre todo en los niños, y las enfermedades cerebrovasculares, con 0,39 AEVG en las mujeres y 0,23 AEVG en los hombres.

Factores relacionados con las desigualdades en salud, 1980–2000

Las observaciones de las principales causas de muerte con efectos en la esperanza de vida al nacer en los países en los últimos años ayudan a entender los determinantes próximos del cambio de este indicador. Sin embargo, es un hecho bien conocido que las desigualdades en salud, especialmente en la esperanza de vida al nacer, reflejan desigualdades socioeconómicas estructurales. De hecho, a pesar de los logros generales en materia de de-

sigualdad en la esperanza de vida al nacer en los países de las Américas —como lo indica el recorrido intercuartílico— la distribución de la esperanza de vida al nacer en los últimos años muestra importantes diferencias entre el nivel y la brecha de ingreso en los países. Dado eso, para efectos del siguiente análisis se agruparon los países por nivel y brecha de ingreso (según se indica en el cuadro 1), como aproximación de su riqueza socioeconómica y de la desigualdad de la distribución de la riqueza, respectivamente.

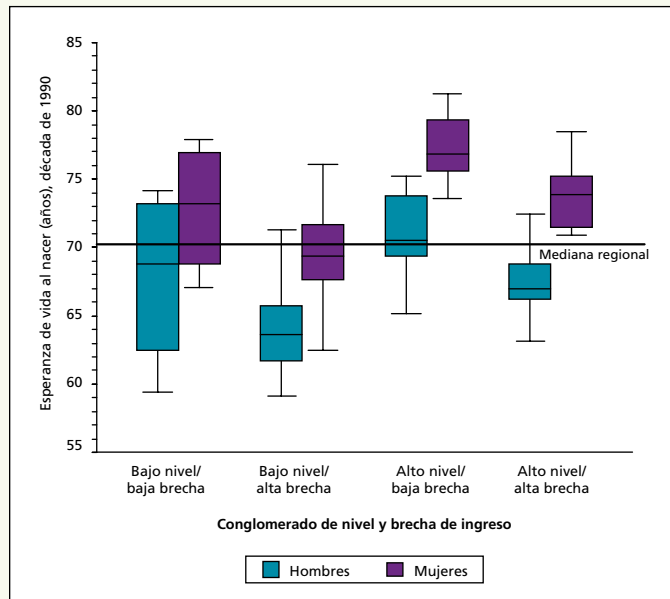
En la figura 5 se presenta la distribución de la esperanza de vida al nacer a fines del período, según la clasificación de los países por sexo y por nivel y brecha de ingreso. Además de la desigual-

CUADRO 1. Conglomerados socioeconómicos de países según el nivel y la brecha de ingreso, Región de las Américas, 1978–1998.

Brecha de ingreso ^a	Nivel de ingreso ^b	
	Bajo ($\leq 3.744,59$)	Alto ($> 3.744,59$)
<i>Baja</i> ($\leq 13,75$)	Cuba Guyana Jamaica Perú	Argentina Bahamas Canadá Costa Rica Estados Unidos Trinidad y Tabago Uruguay Venezuela
<i>Alta</i> ($> 13,75$)	Bolivia Ecuador El Salvador Guatemala Honduras Nicaragua Panamá República Dominicana	Brasil Chile Colombia México Paraguay

^a Brecha de ingreso: razón de ingreso 20% superior/20% inferior, 1978–1998.
^b Nivel de ingreso: producto nacional bruto per cápita, ajustado por paridad del poder adquisitivo de la moneda, 1978–1998.

FIGURA 5. Distribución resumen de la esperanza de vida al nacer, por sexo y grupos de países según el nivel y la brecha de ingreso, Región de las Américas, década de 1990.

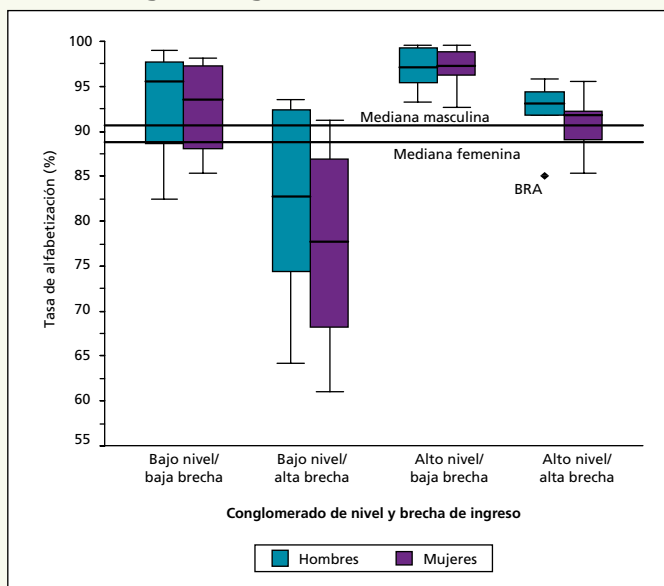


dad de la esperanza de vida al nacer que favorece a las mujeres en relación con los hombres, esta distribución señala dos puntos básicos: 1) en una misma brecha de ingreso, la esperanza de vida mediana al nacer es mayor en los países de alto nivel de ingreso y 2) dado el mismo nivel de ingreso, la esperanza de vida mediana al nacer es mayor en los países de baja brecha de ingreso. Los grupos de países de alto nivel de ingreso y baja brecha de ingreso mostraron la máxima esperanza de vida mediana al nacer en poblaciones de ambos sexos en comparación con otros grupos. Estos resultados indican claramente que el nivel y la brecha de ingreso de un país pueden tener efectos independientes en el estado de salud de su población.

El camino por medio del cual el nivel y la brecha de ingreso de los países pue-

den generar una distribución desigual de la esperanza de vida al nacer puede investigarse más a fondo al considerar la distribución de otros macrodeterminantes de la salud en el mismo conglomerado de países. Por ejemplo, las desigualdades en educación —uno de los macrodeterminantes de la salud y del desarrollo humano de mayor importancia— se pueden analizar mediante la distribución de la tasa de alfabetización. La mediana regional de la tasa de alfabetización se incrementó de 84,9% en 1990 a 91,9% en 2000, con un ritmo de crecimiento anual ligeramente mayor en las mujeres (0,50%) que en los hombres (0,38%). No obstante, a fines del período, la tasa de alfabetización fue constantemente menor en los países de alta brecha de ingreso, sobre todo en los que también tienen bajo nivel de ingreso (figura 6). Además, las desigualdades de género

FIGURA 6. Distribución resumen de la tasa de alfabetización, por grupos de países según el nivel y la brecha de ingreso, Región de las Américas, 1998.

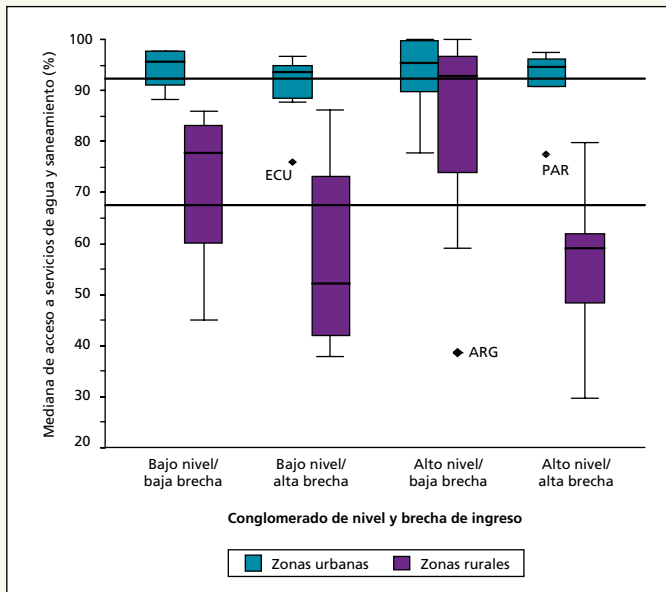


asociadas a la tasa de alfabetización fueron más acentuadas en los países de bajo nivel de ingreso y, entre ellos, en los países de alta brecha de ingreso (diferencia mediana de 5%) en comparación con los de baja brecha de ingreso (2%). En general, los países que tienden a ser más equitativos en su distribución del ingreso también suelen tener mayores tasas de alfabetización y ese indicador tiene una distribución más equitativa entre hombres y mujeres.

Otro macrodeterminante de la salud en la Región que ha tenido tanta importancia como un indicador del desarrollo de la infraestructura es el acceso a servicios básicos de agua y saneamiento. La cobertura mediana de los servicios de agua y saneamiento en las Américas aumentó de 66,3% a 86,9% entre comienzos del decenio de 1980 y finales del decenio de 1990 a una tasa de 1,4% anual. En lo

que respecta a la distribución de este indicador por zonas urbanas y rurales y por grupos de países, se destacan tres aspectos: 1) las zonas urbanas alcanzaron niveles medianos de cobertura superiores a 90% y la distribución fue similar, independientemente del nivel y de la brecha de ingreso; 2) dado el mismo nivel de ingreso, los países de alta brecha de ingreso tuvieron menor acceso a servicios de agua y saneamiento en las zonas rurales, y 3) las desigualdades entre las zonas urbanas y rurales están más acentuadas en los grupos de países de alta brecha de ingreso, independientemente de su nivel de ingreso (figura 7). Estas pruebas indican que los países que tienden a distribuir su ingreso de una forma más equitativa también tienden a lograr mejor cobertura de servicios de agua y saneamiento con menores disparidades entre las zonas urbanas y rurales.

FIGURA 7. Distribución resumen del acceso a servicios de agua y saneamiento, por grupos de zonas (urbanas/rurales) y países según el nivel y la brecha de ingreso, Región de las Américas, 1998.



Necesidad de alejarse de la “tiranía de los promedios”: ejemplo de la desigualdad en la tasa de mortalidad infantil

Como se explica en las secciones precedentes, a pesar de los adelantos logrados en el nivel promedio regional de los indicadores de salud, todavía hay profundas diferencias en su distribución y sus determinantes en el ámbito subregional y dentro de los grupos de países. Los datos

presentados indican que esta variación está modulada por el perfil socioeconómico subyacente de cada país. Además, estas comprobaciones son compatibles con la suposición de que las inversiones hechas para lograr una reducción general de los indicadores de salud promedio no se traducen necesariamente en disminución de las desigualdades.

Un análisis de las tendencias de la mortalidad infantil puede servir de ejemplo de esa afirmación. Como se indicó antes, la reducción de la mortalidad infantil (MI) en las Américas fue importante en los últimos decenios. La tasa mediana regional de MI fue de 42,5 por 1.000 nacidos vivos a comienzos del decenio de 1980, cifra que bajó a 32,0 a fines del decenio de 1990, es decir, una reducción de 25% del riesgo absoluto de morir en el primer año de vida. Además,

esta reducción fue constante en todos los conglomerados de países por nivel y brecha de ingreso. La reducción de las medianas de MI durante ese período se situó entre 7,1 muertes por 1.000 nacidos vivos en los países de alto nivel de ingreso y baja brecha de ingreso y 19,5 en los países de bajo nivel de ingreso y alta brecha de ingreso. Como consecuencia, todas las razones medianas de tasas de MI para ese período fueron inferiores a 1 (no se presentan los datos correspondientes).

Sin embargo, los valores del recorrido intercuartílico (RIC) de las tasas de MI —una medida de la desigualdad de la tasa de MI— permanecieron casi invariables entre el decenio de 1980 y el de 1990 y se situaron alrededor de 3,3 en los países de bajo nivel de ingreso y baja brecha de ingreso, 1,2 en los países de bajo nivel de ingreso y alta brecha de ingreso, 2,0 en los países de alto nivel de ingreso y baja brecha de ingreso y 1,1 en los países de alto nivel de ingreso y alta brecha de ingreso. Eso ha dado como resultado valores de recorrido intercuartílico casi iguales a 1 (RIC de 1,14 a 0,99) en todos los grupos de países, lo que indica que no se modificaron las diferencias dentro de cada grupo a pesar de la reducción general de la tasa de MI (no se presentan los datos correspondientes).

En otras palabras, aunque la reducción de la magnitud general del riesgo de morir en el primer año de vida fue evidente y se observó constantemente en todos los grupos de países en los últimos decenios, las desigualdades de la MI no cambiaron mucho en el mismo período.

Esos resultados señalan que se pueden alcanzar grandes logros con las medidas de tendencia central (medias y medianas) de un determinado indicador de salud, sin que haya una repercusión correspondiente en la magnitud relativa de las brechas (distribuciones) entre los grupos de la población y dentro de ellos. En general, estas comprobaciones señalan la necesidad de cooperación internacional y de compromiso político para enfrentarse a un doble desafío: seguir aspirando a lograr reducciones del riesgo promedio para la salud y apoyar específicamente la definición y ejecución de las estrategias de salud que hayan fijado como meta clara la reducción de las desigualdades.

Desafíos futuros en cuestiones de equidad en salud

Considerando la distribución desigual de los indicadores de salud, es conveniente promover intervenciones en salud destinadas específicamente a corregir o a reducir al mínimo esa desigualdad. Se necesitan análisis de la situación de salud con el fin de traducir la información pertinente en intervenciones oportunas y eficaces, ayudar a establecer prioridades y grupos destinatarios y cuantificar el impacto potencial.

El indicador de AEVG discutido antes proporcionó información sobre cambios —ganancias o pérdidas— en los años de

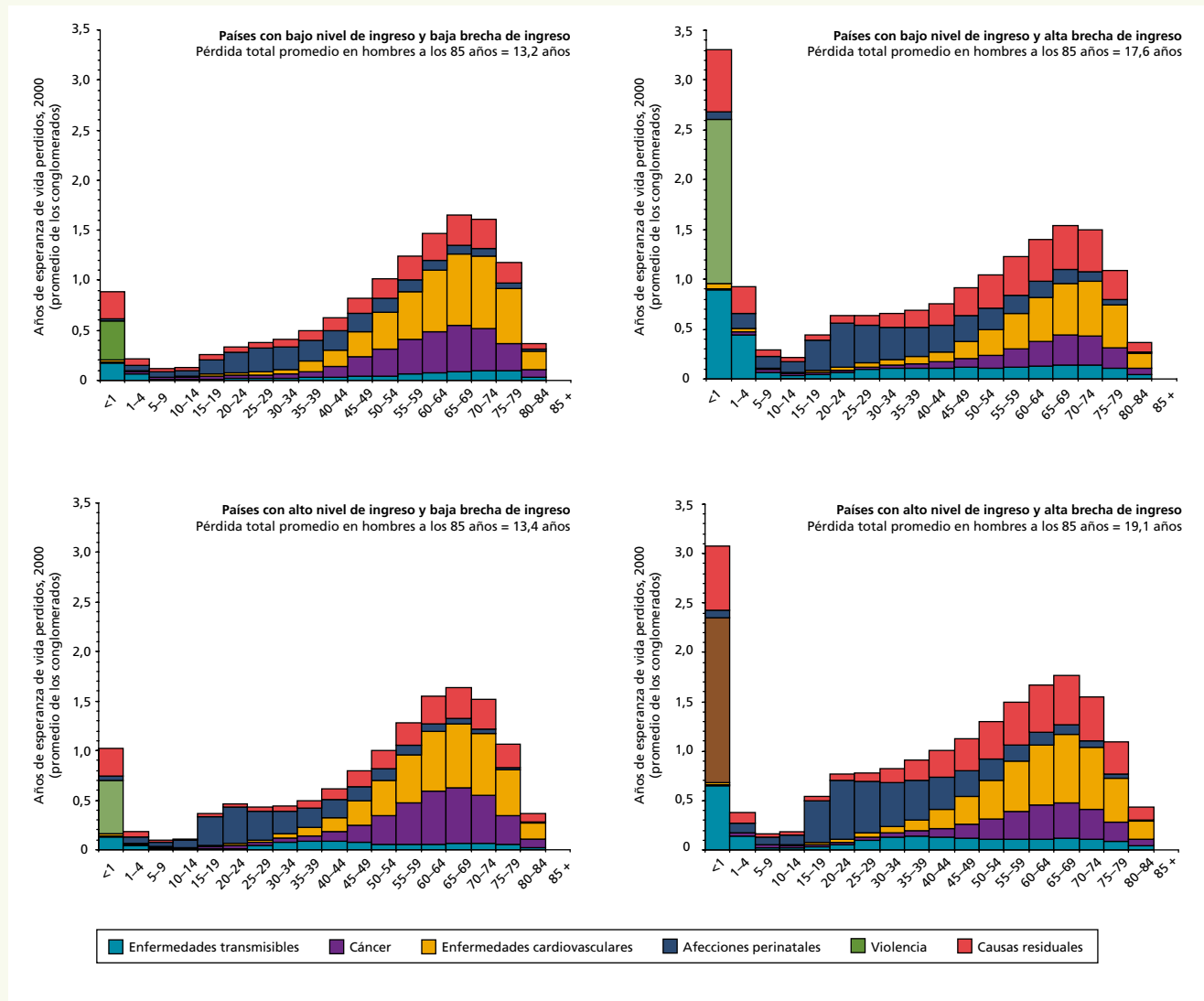
esperanza de vida al nacer debidos a causas de muerte específicas, a partir de experiencias previas referentes al perfil de la mortalidad. Otro indicador útil, los años de esperanza de vida perdidos (AEVP), define el efecto diferencial de determinadas causas de mortalidad a partir del perfil de mortalidad existente, considerando un número esperado de años de vida por vivir, fijado en 85 años en el presente análisis. Esa meta se calculó a partir de la esperanza de vida al nacer ya lograda en los países más desarrollados del mundo. El impacto crea escenarios regionales característicos que permiten determinar la carga de la mortalidad y señalar las prioridades en materia de salud que ayudarán a avanzar hacia la equidad y muestra los desafíos que se avecinan en ese sentido. Para abordar este asunto, se estimó dicho indicador para cada conglomerado socioeconómico de los países.

El impacto de la mortalidad en la esperanza de vida al nacer es más pronunciado en los países de la Región de las Américas con mayor desigualdad en la distribución del ingreso. Por ejemplo, los hombres residentes en países con bajo nivel de ingreso y baja brecha de ingreso perdieron, en promedio, 13,2 años de esperanza de vida, un nivel similar al observado en países con alto nivel de ingreso y baja brecha de ingreso (13,4 AEVP). Por contraste, los hombres residentes en países de alta brecha de ingreso, independientemente de que el nivel de ingreso fuera bajo o alto, perdieron más años, 17,6 y 19,1 AEVP, respectivamente. También se observó un impacto similar entre las mujeres.

Los escenarios existentes en la Región, definidos según los conglomerados de países por nivel y brecha de ingreso, se analizaron más detalladamente para determinar la contribución específica de grandes grupos de causas de muerte a la esperanza de vida al nacer, por grupo de edad y población masculina (figura 8) y femenina (figura 9). Dado el mismo nivel de ingreso, los países de alta brecha de ingreso tienen notablemente más AEVP (más de 2,5 años o más del doble) en los grupos más jóvenes de hombres y mujeres que los países de baja brecha de ingreso. Esta diferencia es atribuible sobre todo a la mortalidad por enfermedades transmisibles y ciertas afecciones originadas en el período perinatal. Además, es interesante señalar que las enfermedades transmisibles son más importantes a mayor edad en los países de alta brecha de ingreso, aunque la magnitud relativa es menor. Además, especialmente en la población masculina, el impacto de la muerte violenta de un adulto joven es aproximadamente del doble (>0,3 años) en países de alta brecha de ingreso en comparación con países del mismo nivel de ingreso pero baja brecha de ingreso (figura 8).

Como puede inferirse de los resultados precedentes, la disociación entre el nivel y la distribución de salud, así como el contraste entre el nivel y la brecha de ingreso reflejan el modelo multicausal en el que operan e interactúan los determinantes de la salud. La situación de salud regional observada muestra, por un lado, que los escenarios de mayor desventaja socioeconómica no solo son aquellos en donde hay mayor escasez

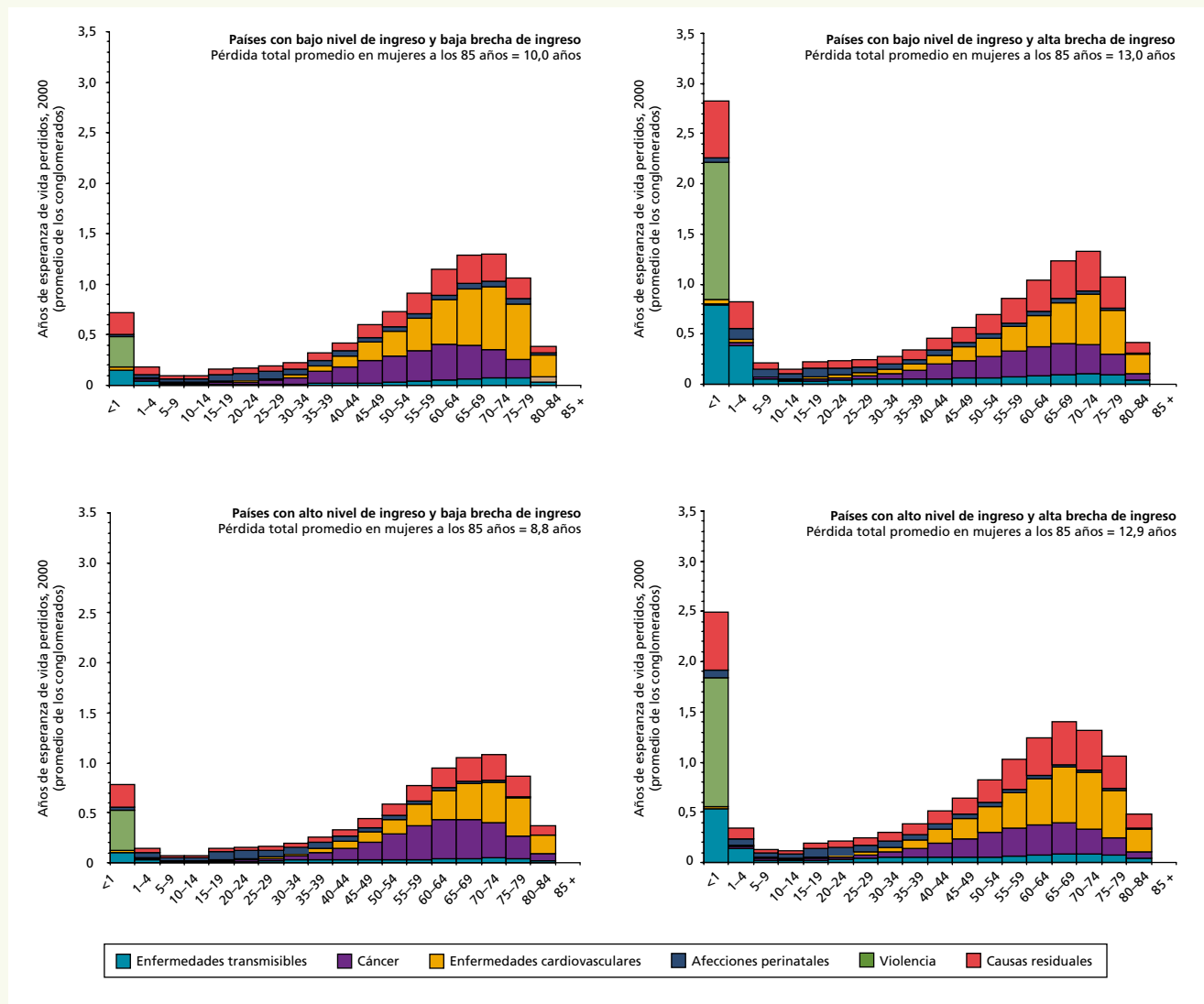
FIGURA 8. Pérdida de años de esperanza de vida al nacer en la población masculina, por conglomerados socioeconómicos de países, Región de las Américas, finales de 1999.



de recursos y pobreza generalizada, sino también aquellos en donde hay mayor desigualdad en la distribución del ingreso. Por otro lado, muestra que las mejoras en los niveles promedio de la

salud que no se acompañan de mejoras en la distribución de las ganancias en salud son insuficientes para generar capital humano y acumular desarrollo sostenible. De acuerdo con este análisis, y

FIGURA 9. Pérdida de años de esperanza de vida al nacer en la población femenina, por conglomerados socioeconómicos de países, Región de las Américas, finales de 1999.



dada la urgencia por orientar intervenciones que promuevan tanto el desarrollo como la equidad en salud, los encargados de tomar las decisiones en esta

materia deben enfrentar el desafío de incluir tanto el nivel como la distribución de la salud al establecer metas y prioridades de la política sanitaria.

Vigilancia de la salud y del desarrollo humano: los Objetivos de Desarrollo para el Milenio

Es esencial vigilar y evaluar iniciativas que aspiren a lograr equidad en salud con el fin de estimular el debate, evaluar mejoras e intercambiar experiencias, así como de identificar la necesidad de apoyo técnico y cooperación internacional.

A lo largo de la historia se ha empleado un conjunto de iniciativas para vigilar los indicadores de salud y establecer prioridades para mejorar la salud en la Región de las Américas, como un fin del desarrollo humano. Ejemplo de ello fue la meta de “salud para todos”, una iniciativa de la OPS/OMS que alentó la ejecución de políticas de salud y de intervenciones en ese campo para llegar al año 2000 escogido como objetivo, con mejores indicadores de salud en la Región de las Américas. Una iniciativa más reciente, los Objetivos de Desarrollo para el Milenio (ODM), cubre un conjunto más amplio de objetivos que van más allá de la salud, a saber, reducción de la pobreza, mejora de la salud y la educación y protección del medio ambiente, que surgieron de resoluciones aprobadas en importantes conferencias de las Naciones Unidas. Estos objetivos

representan una oportunidad invaluable para colocar las cuestiones de salud pública en el programa de trabajo pendiente al más alto nivel.

El desafío creado por los ODM podría convertirse en una fuerza motriz entre los organismos de desarrollo y los procesos de cooperación internacional. El marco cronológico acordado para la mayoría de los objetivos es el período 1990–2015. Entre los indicadores para vigilar el logro de los ODM hay 12 directamente relacionados con la morbilidad,³ junto con otras actividades de salud, como la inmunización, la atención del parto por personal de salud y el uso de anticonceptivos. También hay un conjunto de indicadores en que se abordan directamente los determinantes o las consecuencias de la salud precaria, como los relacionados con la pobreza, el hambre, la educación, la igualdad de género, el acceso a agua y saneamiento, el acceso a medicamentos esenciales y tecnología, entre otras cosas. La vigilancia de esos dos conjuntos reviste importancia crítica, puesto que la salud y el desarrollo y la pobreza suelen desencadenar un cambio causal cíclico, en que la salud precaria puede deteriorar el desarrollo e intensificar la pobreza, lo que, a su vez, es perjudicial para la salud.

En lo que respecta a los indicadores directamente relacionados con el estado de salud, es interesante señalar algunas cuestiones importantes. Primero, algunos datos necesarios para vigilancia quizá no estén disponibles o no sean fidedignos. La finalidad de la vigilancia de un indicador de salud definido, por

³ Los indicadores directamente relacionados con la morbilidad comprenden la tasa de mortalidad infantil, la tasa de mortalidad de niños menores de 5 años, la tasa de mortalidad materna, el resultado de la infección por el VIH/ SIDA y las tasas de morbilidad por malaria y tuberculosis.

consenso, como pertinente para el desarrollo, implica que se debe contar con el compromiso técnico y político necesario para mejorar las fuentes de datos y la gestión sostenibles como una ganancia secundaria conveniente. En ese sentido, quizá los esfuerzos por crear sistemas nacionales de información de salud o datos básicos de salud de fuentes rutinarias, como los iniciados alrededor de la Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud de la OPS, puede ser una ventaja para vigilar el cumplimiento de los ODM.

En segundo lugar, los ODM se han establecido principalmente como reducciones promedio. Como se discutió antes en este documento, se lograron grandes mejoras en los indicadores de salud de la Región de las Américas en los últimos decenios, cuya búsqueda debe continuar. Sin embargo, como ya se ha recalorado también, la reducción de los promedios no está vinculada a la reducción de las desigualdades. Por lo tanto, la reducción de la brecha en los indicadores de salud entre los países y dentro de ellos debe ser, en sí misma, una meta

para actividades específicas de vigilancia así como para intervenciones.

Por último, considerando la diversidad de los escenarios para intervenciones y la profunda desigualdad de los recursos disponibles, los medios que permiten lograr ODM aparentemente similares pueden diferir drásticamente de un país a otro y aun dentro de los países. Por ejemplo, para reducir la tasa de mortalidad infantil 50% en los países o zonas que ya tienen valores bajos puede necesitarse un esfuerzo extraordinario para abordar los determinantes de la muerte, ya sean genéticos o relacionados con los servicios de salud, en este grupo de corta edad. Por contraste, el logro de la misma meta en países con tasas de mortalidad infantil mucho mayores quizá entrañe apenas la organización de servicios básicos de salud para el tratamiento de la diarrea aguda y las infecciones respiratorias, y el fortalecimiento de la práctica de la lactancia materna. La búsqueda de intervenciones adecuadas coordinadas con los recursos específicos y el compromiso político de un determinado país constituye otro desafío para el logro de los ODM.