

Capítulo I



Un siglo de salud pública en las Américas

La salud es una poderosa herramienta para hacer a este mundo más seguro y duradero para todos. Para aquellos que están realmente comprometidos, es un imperativo moral contribuir a hacer más visibles las desigualdades en el acceso a los servicios de salud.

Mirta Roses, Directora
Organización Panamericana de la Salud (1)

INTRODUCCIÓN

La Región de las Américas es geográficamente variada, está históricamente configurada y es incommensurablemente bella. Es también una región de realidades definidas y contrastantes en la salud y el desarrollo humano de su población y en la interacción

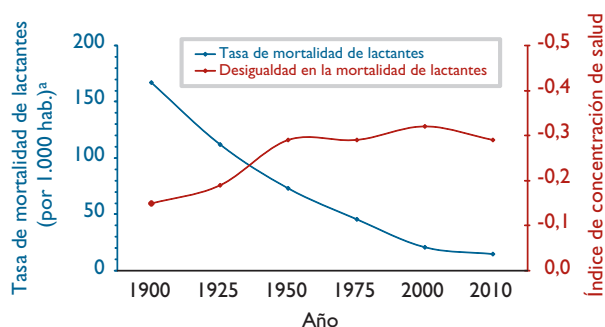
de factores sociales, económicos, ambientales y políticos determinantes. Estos rasgos dispares han sido crecientemente examinados, documentados y considerados en particular desde que nació la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 1902. En los 110 años transcurridos, la Región sin duda ha logrado notables avances en el mejoramiento de la salud de sus pueblos. No obstante, persisten las inequidades y este hecho inspirará y guiará los esfuerzos colectivos de la Región para inaugurar un futuro mejor, un futuro que sea más saludable, más próspero, más justo y más equitativo.

A comienzos del siglo XX, había 194 millones de personas viviendo en el continente (102 millones en América del Norte y 92 millones en América Latina y el Caribe). Para 2010, se había triplicado la población de América del Norte y sextuplicado la población de América Latina y el Caribe; se espera que la población de toda la Región alcance los 1.000 millones de habitantes en siete años (2, 3). En 1900, la Región comenzaba a afrontar la primera onda de globalización que siguió a la gran revolución industrial de finales del siglo XIX; en 2010, la Región enfrenta la segunda onda de globalización, que sigue a la gran revolución tecnológica de finales del siglo XX. Antes, en 1900, la edad mediana era de 23 años y el índice de envejecimiento, de 14 (en otras palabras, había 14 personas de 65 o más años de edad por cada 100 personas menores de 15 años). En 2010, la mediana de la edad era de 31 años y el índice de envejecimiento, de 37. Además, en ese intervalo

de 110 años la estructura de la población cambió en forma extraordinaria (figura 1.1) y masivamente se desplazó de predominantemente rural a predominantemente urbana (4, 5).

La Región de las Américas ha avanzado mucho en cuanto a la salud de la población. En los 110 últimos años, la tasa de mortalidad infantil disminuyó de 167,4 por 1.000 nacidos vivos en 1900 (229,1 en América Latina y el Caribe; 145,0 en América del Norte) a 15,2 en 2010 (20,3 en América Latina y el Caribe; 6,6 en América del Norte): en promedio, una sorprendente reducción a la undécima parte (a la vigésima segunda parte en América del Norte) del riesgo absoluto de morir antes de alcanzar el primer año de edad (figura 1.2, escala de la izquierda). En términos más sencillos, en 1900, uno

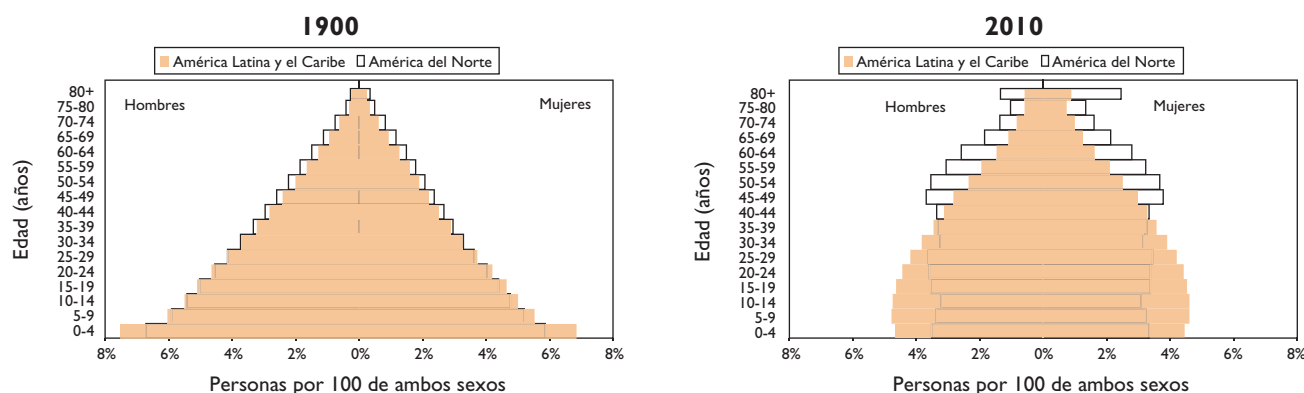
FIGURA 1.2. Tendencias históricas en los niveles de mortalidad infantil y la desigualdad, Región de las Américas, 1900–2010



Fuente: Referencia (7).

^a Población total como valor sustitutivo de la población de nacidos vivos.

FIGURA 1.1. Estructura de la población por edad y sexo en las principales subregiones, Región de las Américas, 1900 y 2010



Fuente: División de Población de las Naciones Unidas. Las pirámides fueron generadas por la OPS/OMS con Epidat 4.0[®], 2012.

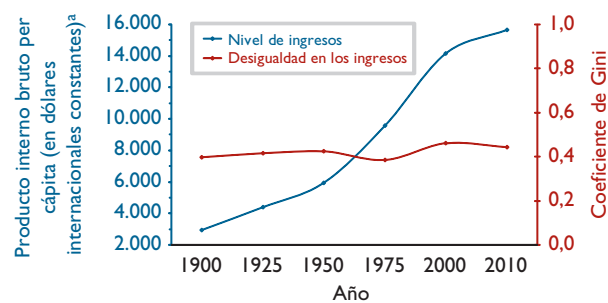
de cada cuatro bebés nacidos en América Latina y el Caribe y uno de cada siete bebés nacidos en América del Norte no vivirían para ver su primer cumpleaños. Un siglo y una década después, 99% de los bebés en América del Norte y 98% de los bebés en América Latina y el Caribe ya han sobrevivido más allá de su primer año de vida y tienen muy buenas probabilidades de sobrevivir en la niñez, la adolescencia, la edad adulta y la vejez.

La esperanza de vida al nacer se incrementó de 40,9 años en 1900 (48,0 en América del Norte; 29,2 en América Latina y el Caribe) a 75,8 años en 2010 (78,6 en América del Norte; 74,2 en América Latina y el Caribe), lo que equivale a un sólido aumento absoluto de 35 años en la esperanza de vida al nacer (31 años en América del Norte; 45 en América Latina y el Caribe), al cual, en promedio, simplemente le falta 15% para duplicar la esperanza de vida del siglo anterior (6, 7, 8). En otras palabras, un bebé nacido en las Américas en 1900 tenía solo 41 años para vivir, aprender, trabajar, formar una familia y contribuir a la sociedad; un bebé nacido hoy mismo en nuestra Región vivirá casi dos veces más y probablemente podrá ver a sus hijos, y quizás hasta sus nietos, crecer y convertirse en padres.

Gracias a la bienvenida disponibilidad de series históricas, sólidas y comparables de datos,¹ ahora se puede documentar que esos avances notables en la Región se extendieron más allá de la salud de su población y llegaron a sus principales determinantes, como lo demuestran las tendencias en los ingresos y la educación (7, 9, 10). Desde 1900 a 2010, los ingresos per cápita —en dólares Geary-Khamis (GK\$) de 1990, controlados según la inflación y de poder adquisitivo comparable (11)— aumentaron en promedio cinco veces, de GK\$ 2.921 a GK\$ 15.660 (de GK\$ 4.012 a GK\$ 30.596 en América del Norte y de GK\$ 1.196 a GK\$ 6.973 en América Latina y el Caribe) (figura 1.3, escala de la izquierda). En el

¹ Se remite al lector a la lista de referencias presentada al final de este capítulo, que incluye, entre otras, las bases de datos de Maddison, Benavot-Riddle, Montevideo-Oxford, Sánchez-Albornoz y Abouharb-Kimball. Los cálculos y totales numéricos mostrados aquí pueden diferir de los presentados en otras partes de esta publicación.

FIGURA 1.3. Tendencias históricas en el nivel de los ingresos nacionales y la desigualdad entre países, Región de las Américas, 1900–2010



Fuente: Referencia (7).

^a En dólares internacionales (Geary de Khamis) de 1990.

mismo período, la tasa de matrícula en las escuelas primarias de la población de 5 a 14 años de edad subió en promedio de 61,1% (94,7% en América del Norte y 18,7% en América Latina y el Caribe) a 96,8% (97,9% en América del Norte y 96,2% en América Latina y el Caribe), lo que demuestra la notable expansión —en particular en América Latina y el Caribe— del capital humano de la Región.

A pesar de estos avances, las Américas también afrontan —simultáneamente y en contraste— persistentes desigualdades sociales y en materia de salud. De hecho, actualmente se dispone de abundantes datos que indican que esas desigualdades sociales son determinantes de las inequidades de salud: las desigualdades sociales persistentes generan desigualdades de salud continuas. Este reconocimiento, inequívocamente expuesto por la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), nos lleva a comprender que la reducción y la eliminación de las desigualdades de salud solo se pueden lograr modificando los determinantes sociales de la salud en todo el espectro del gradiente social.

Un análisis exploratorio de los datos históricos disponibles a nivel de país (12) demuestra que, a pesar del aumento documentado en los niveles de ingresos, la desigualdad de los ingresos entre los países, según mediciones del coeficiente de Gini, apenas cambió durante el período histórico examinado. En 1900, el coeficiente de Gini era de 0,40; en 2010, fue de 0,44 (figura 1.3, escala derecha).

Además, en 1900, la proporción de ingresos para los países en el quintil de población más pobre era de 6,3% y en el quintil más rico era 7,4 veces más alta (la denominada razón de Kuznets). En 2010, la proporción del quintil más pobre había bajado a 5,3% y la del quintil más rico era ahora 9,6 veces más alta.

En concordancia con la determinación social del enfoque de la salud, estas desigualdades históricas en la distribución de los ingresos (y la riqueza) en las Américas generan —determinan— desigualdades en la distribución de la salud. En un enfoque metodológico análogo, la desigualdad en el riesgo absoluto de morir antes del primer año de edad, según las mediciones del índice de concentración de la tasa de mortalidad infantil, no ha mejorado en los 110 últimos años, nuevamente a pesar del éxito notable en la reducción de la tasa media de mortalidad infantil destacada anteriormente. De hecho, la desigualdad relativa en materia de salud parece estar empeorando: en 1900, el índice de concentración de salud era de $-0,15$; en 2010, fue de $-0,29$ (figura 1.2, escala de la derecha). En 1900, los países en el quintil de población más pobre concentraron 28,4% del total de defunciones de lactantes en la Región; en 2010, concentraron 38,0% (la razón de Kuznets asociada subió de 2,1 a 4,2). El mismo modelo y tendencia, aunque en cierta medida atenuados, se repiten en el gradiente social a nivel de país definido por el acceso a la educación primaria.

Al reflexionar sobre los alcances de los cambios experimentados en las Américas durante los 110 últimos años, posiblemente estemos convencidos de que los países de la Región en conjunto han tenido éxito en hacer que esta parte del mundo sea más saludable y más próspera. Sin embargo, al examinar los acontecimientos más recientes relacionados con la salud de la población y sus determinantes en las Américas —como se documentan en los capítulos de esta publicación— el panorama no parece tan prometedor. La OPS, trabajando en estrecha colaboración con los gobiernos, los líderes y las comunidades de los países y con nuestros aliados, ahora debe actuar y avanzar para hacer que esta Región sea un hogar más equitativo y sostenible.

PANORAMA HISTÓRICO

LOS INICIOS: 1900–1920

Durante los primeros 20 años del siglo XX, se realizaron importantes descubrimientos sobre el papel que desempeñan los vectores en la transmisión de enfermedades y los gobiernos iniciaron políticas y acciones para prevenirlas y controlarlas a nivel internacional, incluida la creación de un organismo de salud específico para las Américas. La Segunda Conferencia Internacional de los Estados Americanos en 1901, en México, solicitó realizar una “convención general de representantes de las organizaciones sanitarias de las diferentes repúblicas americanas” para crear acuerdos y reglamentos y convocar conferencias sobre la salud de manera periódica. Fue así como, el 2 de diciembre de 1902, se celebró la Primera Convención General de Sanidad Internacional de las Repúblicas Americanas, donde se estableció la Oficina Sanitaria Internacional, en Washington, D.C., más tarde denominada Oficina Sanitaria Panamericana (1923) y Organización Panamericana de la Salud en 1958 (13).

Durante estos años, la salud pública se hizo notar por la creación de esta nueva agencia internacional y el plan de los Estados Unidos de construir el Canal de Panamá. En 1901 la Comisión de la Fiebre Amarilla, encabezada por Walter Reed, confirmó que el mosquito *Aedes aegypti* era el vector único de esta enfermedad, una observación realizada anteriormente por el médico cubano Carlos Finlay. A partir de 1904, Estados Unidos ejerció el control administrativo de la Zona del Canal de Panamá, donde la fiebre amarilla tenía alta incidencia. William Gorgas, ex oficial sanitario principal en Cuba, fue asignado al control de sanidad de la Zona (14).

En esa época, Brasil y Cuba también combatían la fiebre amarilla. En 1905, Cuba publicó 3.000 copias del *Manual de prácticas sanitarias* —dirigido a funcionarios de salud pública, médicos y otros empleados de gobierno— y más de 50.000 folletos sobre la prevención de la fiebre amarilla y sobre la higiene de la niñez (15). En Brasil, Oswaldo Cruz,

desde el Instituto Federal de Seroterapia (hoy Fundación Oswaldo Cruz), utilizó métodos similares a los de las brigadas sanitarias en la zona del canal. Con su liderazgo, Cruz liberó temporalmente de fiebre amarilla a Río de Janeiro. Unos cuantos años más tarde Carlos Chagas, un investigador en la Fundación Oswaldo Cruz, describió la tripanosomiasis americana (enfermedad de Chagas) y descubrió tanto el vector (*Triatoma infestans*) como el parásito causal (*Trypanosoma cruzi*) de este padecimiento (16).

CRECIMIENTO Y DESARROLLO: 1920–1960

En esta época, los conceptos de salud pública empezaron a cambiar. En 1920, C.E. A. Winslow expandió la definición de salud pública a “la ciencia y arte de prevenir la enfermedad, prolongar la vida y promover la salud a través de los esfuerzos organizados y la información seleccionada por la sociedad, organizaciones públicas y privadas, comunidades e individuos” (17).

En 1924 en la Habana, Cuba, 18 países aprobaron el borrador del *Código Sanitario Panamericano* —ratificado por 17 de esos países entre 1928–1931— con los objetivos de prevenir la diseminación internacional de las infecciones transmisibles, promover medidas de cooperación para proteger la salud, estandarizar las estadísticas de morbilidad y mortalidad, estimular el intercambio mutuo de información sanitaria y uniformar las medidas para la protección contra las enfermedades. El *Código* fue el primer gran paso hacia una política hemisférica sanitaria (18).

En los años treinta, los temas de salud se extendieron de las enfermedades infecciosas al desarrollo de recursos humanos y a la diseminación de información de salud pública, programas de salud materna e infantil y sistemas para la asistencia y la cooperación técnica. De estos años data el desarrollo de los bacteriostáticos, antibióticos y vacunas para administración masiva, la producción de la antitoxina diftérica y la implementación de programas para el control de la tuberculosis y las enfermedades venéreas (15).

Dos décadas más tarde, la OPS y las autoridades de salud pública continuaron enfocándose en la erradicación de la enfermedad, específicamente el pian y la malaria. El pian tenía una prevalencia de 40% a 60% en la población de las áreas rurales haitianas. En 1950 Haití, con el apoyo de la OPS y UNICEF, lanzó una campaña contra esta enfermedad utilizando el nuevo antibiótico penicilina; para 1958, se registraban solamente 40 casos infecciosos en todo el país (19).

En el caso de la malaria, en 1954 se lanzó un ambicioso esfuerzo para combatirla que consistió en el rociado con DDT en las viviendas y el tratamiento de pacientes con nuevos medicamentos antipalúdicos; de allí en más se estructuraron campañas nacionales cada cinco a ocho años. Varios centros académicos de Brasil, Estados Unidos, México y Venezuela desarrollaron programas de investigación y capacitación en malariología, así como capacidad en la gestión de los programas específicos. A principios de los años setenta, se había registrado una disminución significativa en la mortalidad asociada con malaria en la Región (20).

EVOLUCIÓN Y REVOLUCIÓN: 1960–1990

Los años sesenta trajeron nuevos avances en la salud pública, fundamentados en reuniones especiales realizadas en la década anterior, como la de Viña del Mar, Chile (1954) y la de Tehuacán, México (1955), las cuales promovieron la inclusión de la “medicina social y preventiva” en las escuelas de salud pública existentes y en las que estaban siendo establecidas, así como en las escuelas de medicina (La Universidad de São Paulo, campus de Ribeirão Preto) en Brasil y la Universidad de Cali en Colombia fueron pioneras en estos temas, y también en la introducción de la “medicina comunitaria” (21).

Después del exitoso progreso en el control de varias enfermedades infecciosas y la llegada de los antibióticos y la vacuna contra la poliomielitis, las agencias de salud y las instituciones de salud pública empezaron a establecer programas de salud mental, laboral y del medio ambiente, así como de organización y financiamiento de los servicios sanitarios,

incluidos los hospitales. Las brechas en el cuidado de la salud en áreas urbanas y rurales pasaron a ser una gran preocupación. El debate sobre políticas sanitarias evolucionó desde la promoción de puestos de campaña a la construcción de sistemas hospitalarios regionales y esquemas de referencia-contrarreferencia, y finalmente, a la conformación de los sistemas nacionales de salud (22).

Reconociendo la estrecha relación entre el estado socioeconómico y la salud, la Región avanzó hacia la planificación estratégica del sector sanitario. Los países desarrollaron un “plan decenal de salud pública” y a continuación los planes nacionales de salud, al igual que unidades de planificación en los Ministerios de Salud (23).

Fue también durante la década de los sesenta cuando las estrategias de regionalización y centralización se hicieron parte del desarrollo de los sistemas nacionales de salud. El primer sistema de salud regionalizado en América Latina —el Servicio Nacional Chileno de Salud— fue creado por Leonardo Bravo y Abraham Horwitz, quienes trataron de unificar los dispersos servicios médicos para prevención y tratamiento bajo la guía de una sola administración. De manera similar, en Puerto Rico, Guillermo Arbona regionalizó el sistema de salud y consideró a la regionalización como la “delegación” de autoridad y responsabilidad del nivel central al regional, y del regional al local (24).

En 1964, la Fundación Rockefeller y la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) emprendieron un estudio dirigido a guiar la construcción de sistemas médicos en áreas de pocos recursos en países en desarrollo. El estudio se publicó en 1969 e incluyó 21 países, e hizo notar que un gran número de personas en el mundo no tenían acceso al cuidado de la salud. El estudio enfatizaba que los modelos de salud con desperdicio de sus abundantes recursos —de los países industrializados— no eran costeables ni utilizables en las naciones menos ricas (25).

La regionalización, con su jerarquía de niveles basados en la especialización, la racionalización y la eficiencia, podría entonces llevar la atención de salud a todas las personas y a un costo que los países podrían pagar. El nivel nacional tendría responsabilidades para

la atención de las poblaciones marginadas —factor que ocasionó mayores demandas sobre el sistema. Los Ministerios se convirtieron en proveedores de salud de última instancia y, por limitaciones de recursos, solamente podían ofrecer atención de segunda clase a los pobres, mientras que los pacientes con capacidad financiera recibían cuidados de primera clase mediante el pago a los proveedores privados (26).

Las instituciones de seguridad social, que empezaron a crecer en esta época, estaban separadas de los ministerios de salud y orientadas al tratamiento médico más que a la prevención. La fragmentación, sobreposición de jurisdicciones y duplicación de servicios por distintas agencias nacionales fueron vistas como problemas que se debían enfrentar mediante arreglos estructurales, y los ministerios de salud realizaron grandes esfuerzos para organizar los programas de salud pública (27).

En 1963, los ministros de salud de las Américas acordaron intensificar y acelerar la erradicación de la viruela. En 1966, la 19.^a Asamblea Mundial de la Salud aprobó un programa y el presupuesto para su erradicación mundial y asignó parte de estos recursos al inicio del programa en las Américas en 1967. En solo ocho años, la política sanitaria y el desarrollo de un enfoque regional, aunados a los esfuerzos de todos los países, culminaron exitosamente: el último caso de viruela en las Américas fue identificado en 1971 (en Brasil) y los países entraron en la fase de vigilancia continua para evitar su reintroducción al continente (28).

Desde principios de los años sesenta, los expertos en ciencias sociales empezaron a hacer patente la necesidad de que el desarrollo social no fuera condicionado al desarrollo económico. Por ello, estos científicos sufrieron exclusión y amenazas y sus estudios fueron muchas veces considerados como subversivos. Alrededor de 1970, Juan Cesar García y otros, con el apoyo de la Fundación Milbank Memorial de Nueva York, realizaron nuevos estudios e intercambio de información y comunicación entre sociólogos, y consiguieron aumentar el interés en la relevancia de las condiciones sociales y su influencia sobre los problemas prevalentes de salud (29).

Este período se caracterizó por una modificación radical en la prevención de enfermedades y concentró mayor atención en los aspectos de comportamiento y promoción de la salud.

Los años setenta condujeron a un movimiento mundial hacia la “Salud para Todos”, marcado por la Conferencia de Alma-Ata, en 1978, y la Declaración de Alma-Ata, que enfatizaba la necesidad de considerar a la atención primaria de salud (APS) como parte esencial del desarrollo socioeconómico (30). La iniciativa de “Salud para Todos” requería un mayor énfasis en la atención de salud rural, la capacitación de trabajadores de salud comunitarios, la incorporación de proveedores informales en el continuo de servicios de salud y la promoción de la participación comunitaria. La Región contribuyó con modelos exitosos y experiencias acumuladas a través de varias décadas, y fue promotora de nuevas iniciativas a medida que los países evolucionaban hacia gobiernos democráticos. La OPS lanzó la creación de los sistemas locales de salud (SILOS), fortaleciendo la acción intersectorial como un nuevo enfoque de salud pública (31, 32).

La abogacía por la APS coincidió con turbulencias políticas a nivel mundial y también con el inicio de movimientos de liberación nacional en muchos países en desarrollo. La actuación de Halfdan Mahler, Director General de la OMS, fue esencial para redefinir el problema de cobertura de salud, que cambió de un enfoque técnico a enfoques ético y político. Mahler argüía en favor de la movilización comunitaria y un abordaje conductual basado en la responsabilidad individual. Así, la reforma del sistema de salud se convirtió en una estrategia general para el cambio social (33).

Las guerras civiles en El Salvador, Guatemala y Nicaragua ocasionaron decenas de miles de lesionados y muertos. En 1983 los gobiernos de la Región, por llamado del Grupo de Contadora (los presidentes de Colombia, México, Panamá y Venezuela) y apoyados por la OPS y UNICEF, crearon una iniciativa denominada Salud: Puente para la Paz (34). La estrategia se basaba en una alianza entre los países afectados por la violencia, en relación a varios programas de salud organizados y ejecutados en colaboración. Durante la primera fase se reconstruyeron

clínicas y hospitales, se capacitaron trabajadores de salud, se distribuyeron medicamentos y alimentos y se implementaron actividades de vacunación masiva en una América Central convulsionada por la guerra (35). Alrededor del mismo período, en 1980, siguiendo los programas masivos de vacunación en Cuba, Brasil decidió intentar la erradicación de la poliomielitis utilizando ampliamente la vacuna oral contra esta enfermedad (OPV) (36). Poco tiempo después, esta estrategia fue adoptada en la Región con resultados exitosos. En 1991, el último caso de poliomielitis fue detectado en Perú, y América Latina y el Caribe llegaron al nivel cero de polio (37, 38).

RENOVACIÓN Y CAMBIO: 1990–2010

La década de los noventa se caracterizó por nuevos desafíos epidemiológicos, económicos y políticos. El Consenso de Washington (39) fue una respuesta neoliberal a la crisis económica y financiera. Las medidas que se recomendaron resultaron en la reducción del gasto público y la disminución de inversiones sociales críticas, y debilitaron la autoridad y la capacidad regulatoria del Estado. La baja inversión en acceso al agua y servicios sanitarios agravó la deuda histórica. Durante este período, el cólera fue reintroducido en Perú y rápidamente se expandió por el continente; para 1992 había llegado a 14 países de América Latina. Sin embargo, gracias a la implementación de respuestas y acciones coordinadas, el último caso endógeno fue declarado en el año 2000 (40).

También durante los años noventa tuvo lugar uno de los mayores desafíos para la salud mundial, la epidemia de VIH/sida, iniciada en la década anterior. Entre 1983 y 1993 se establecieron programas integrales de prevención y control del sida en todos los países de la Región (41). A partir de 1996, Brasil fue pionero en la atención de las personas afectadas por el VIH y estableció una política de cobertura universal con tratamiento antirretroviral, reduciendo la tasa nacional de mortalidad por VIH/sida a la mitad en menos de una década (42).

En septiembre del 2000, 187 países miembros de la Organización de las Naciones Unidas firmaron

la Declaración del Milenio, que exhortaba a los gobiernos a cumplir, para el 2015, con los (ocho) Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Los ODM, cuya línea de base fue el año 1990, atacarían los problemas de hambre y pobreza; educación; equidad de género; mortalidad infantil; mortalidad materna; control de epidemias de sida, tuberculosis y otras enfermedades transmisibles; sostenibilidad del medio ambiente, y formación de alianzas y cooperación estratégica para el desarrollo. Estos objetivos han servido como un estímulo y una meta para mejorar las condiciones de vida y de salud de los países a nivel mundial (43).

En relación con la equidad de género, en América Latina y el Caribe los procesos de redemocratización, las políticas de cuotas y los avanzados niveles educativos de las mujeres ocurridos en el nuevo siglo, entre otras razones, han contribuido a incrementar drásticamente la representación femenina en cargos políticos del más alto nivel (ver recuadro).

En la primera década del siglo XXI ha habido un incremento importante en la asistencia internacional y en el gasto privado en salud (44). Gran parte de este aumento se debió a amenazas contra la seguridad mundial ocasionadas por el síndrome respiratorio agudo grave (SARS, por sus siglas en inglés), las epidemias de A (H1N1), VIH/sida y tuberculosis multirresistente. La epidemia del SARS, en particular, demostró la amenaza directa y continua que ejercen las epidemias sobre los intereses económicos y sanitarios. Su irrupción generó el movimiento político que llevó a la aprobación del Reglamento Sanitario Internacional (2005), un acuerdo legalmente vinculante que da un marco para la coordinación del manejo de eventos que pueden constituir una emergencia de salud pública de preocupación internacional y busca mejorar la capacidad de todos los países para detectar, evaluar, notificar y responder a las amenazas contra la salud pública (45). Durante este período aparecieron en la arena internacional un número de instituciones que empezaron a tener un mayor protagonismo en la cooperación con los países en el área de salud, incluidos el Fondo Global para la Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria; la Alianza

Mundial para las Vacunas y la Inmunización (GAVI); el programa PEPFAR,² y Fundaciones como la de Bill y Melinda Gates y la del Presidente Clinton (46).

Desde el punto de vista político, se incrementaron notablemente las **reuniones de alto nivel** donde se abordó el tema de la salud y el desarrollo, en particular en cumbres de jefes de Estado y de gobierno de las Américas, iberoamericanas y de ministros de salud que han tenido lugar en el marco de los procesos regionales y subregionales de integración. Además se celebraron, entre otras, la Cumbre del Milenio, la Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, y la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas para el VIH/ Sida.

En los últimos 20 años se han conseguido grandes avances en todos los temas relacionados con la salud, los cuales incluyen una mayor conciencia de la necesidad y racionalidad de respetar los derechos humanos, de la importancia de trabajar con enfoques multisectoriales y de las ventajas de aprovechar los nuevos conocimientos científicos, la tecnología de avanzada y la información más actualizada y relevante para mejorar la salud y el bienestar de los habitantes de la Región.

CONCLUSIÓN

En los últimos 110 años, América Latina y el Caribe han experimentado una gran transformación, desde la independencia de los países del Caribe hasta la construcción de los estados modernos, desde los regímenes autoritarios y las dictaduras a la democracia y el poder de la ley y de ciclos de crecimiento económico y alta productividad a crisis financieras, desaceleración económica y deuda externa masiva. Al mismo tiempo, la Región ha logrado un aumento notable en la esperanza de vida y una considerable reducción de la pobreza, así como grandes mejoras en

² Siglas en inglés del Programa Presidencial de Emergencia de Asistencia para el Sida (Estados Unidos).

RECUADRO. Por el buen camino: las mujeres en los gobiernos de América Latina y el Caribe

América Latina y el Caribe y Europa son las dos únicas regiones donde la representación femenina en los parlamentos sobrepasa el promedio mundial: Cuba 43,2%, Argentina 38,5% y Costa Rica 36,8% ocupan las tres primeras posiciones. La participación de las mujeres en los gabinetes de gobierno se ha triplicado hasta alcanzar 24% entre 1990 y 2007. En países como Bolivia, Chile, Costa Rica, Ecuador, Nicaragua y Uruguay, la participación femenina llega a casi 30%. En los últimos 20 años, seis mujeres han gobernado o gobiernan países de América Latina: Violeta Chamorro (Nicaragua, 1990–1997), Mireya Moscoso (Panamá, 1999–2004), Michelle Bachelet (Chile, 2005–2010), Cristina Fernández (Argentina, 2007–presente), Laura Chinchilla (Costa Rica, 2010–presente) y Dilma Rousseff (Brasil, 2010–presente). En el Caribe, y también en los últimos 20 años, ocho mujeres han ejercido el poder como primeras ministras: Dame Eugenia Charles (Dominica, 1980–1995), Susanne Camelia-Römer (Antillas Holandesas, 1993–1998), Claudette Werleigh (Haití, 1995–1996), Janet Jagan (Guyana, 1997), Jennifer M. Smith (Bermuda, 1998–2003), Portia Simpson-Miller (Jamaica, 2006–2007), Michèle Pierre-Louis (Haití, 2008–2009) y Kamla Persad-Bissessar (Trinidad y Tabago, 2010–presente).

Fuente: Women World Leaders 1945–2011 ZPC Collections.

las condiciones de vida y salud de gran parte de la población. En todo el mundo, y principalmente en las Américas, se está dando también un cambio hacia un nuevo paradigma y un enfoque integral que consideran a la salud como el resultado de una compleja interacción entre factores biológicos, el medio ambiente físico y una serie de determinantes sociales, políticos y económicos.

Finalmente, la nueva realidad generada por la rápida globalización económica, social y cultural ha puesto en claro la estrecha asociación que existe entre la salud y el desarrollo de las sociedades, la gestión de políticas públicas, la política exterior de los países y la interacción con los demás actores del escenario regional y mundial. De igual manera, la velocidad de los avances en los campos de la investigación científica, la tecnología y el acceso a la información ha aumentado de manera vertiginosa y más allá de cualquier expectativa. Este acortamiento del tiempo real ha permitido, por un lado, la difusión amplia e inmediata de nuevos conocimientos, ideas y métodos, y por otro, un incremento sin precedentes en la demanda social, la capacidad para el cambio y la distribución más democrática del poder.

Reconocimiento

Se agradece a Hania Zlotnik y Patrick Gerland, de la División de Población de las Naciones Unidas, por haber proporcionado estimaciones de población estables para 1900, consistentes con las tendencias del período 1900–1950 en cuanto a niveles de fertilidad y mortalidad, así como datos de población por edad y sexo para 1950.

REFERENCIAS

1. Murshed F. An interview with Dr. Mirta Roses Periago. *Harvard Coll Glob Health Rev.* 2010; 1(3):32–5.
2. Sánchez-Albornoz N. *The population of Latin America—a history.* Berkeley: University of California Press; 1974.
3. United Nations Population Division. *World population prospects: the 2010 revision.* New York: Department of Economic and Social Affairs; 2011.

4. Brea JA. Population dynamics in Latin America. *Popul Bull.* 2003;58(1).
5. Kenny C. Getting better in pictures. Washington, DC: Center for Global Development; 2011.
6. Abouharb MR, Kimball AL. A new dataset on infant mortality rates, 1816–2002. *J Peace Res.* 2007;44(6):743–54.
7. Maddison A. Historical statistics of the world economy 1–2008 A.D. Gröningen: University of Gröningen; 2010.
8. Kinsella KG. Changes in life expectancy 1900–1990. *Am J Clinical Nutrition.* 1992;55:1196S–1202S.
9. Benavot A, Riddle P. The expansion of primary education, 1870–1940: trends and issues. *Sociol Educ.* 1988;61(3):191–210.
10. The Montevideo–Oxford Latin American Economic History Database (MOxLAD). Oxford: Oxford University; 2012.
11. United Nations Statistical Division. The Geary–Khamis method of aggregation. *Handbook of the International Comparison Programme.* New York: United Nations Publication; 1992. (Studies in Methods Series F N°62).
12. Mujica OJ, Roses M. The health of the Americas in 110 years of PAHO presence: remarkable strides, unscathed inequities. Washington, DC: PAHO; 2012. [Manuscrito en preparación]
13. Pan American Health Organization. *Pro Salute Novi Mundi: a history of the Pan American Health Organization.* Geneva: PAHO; 1992.
14. Minna Stern A. The public health service in the Panama Canal: a forgotten chapter of U.S. Public Health. 2005;120(6):675–9.
15. Cueto M. The value of health: a history of the Pan American Health Organization. 1st ed. Rochester, NY: University of Rochester Press; 2007.
16. Fundação Oswaldo Cruz. A história da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; s.f. Disponible en: <http://www.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=1080&csid=194> Acceso el 18 de agosto de 2012.
17. Winslow CEA. The untilled fields of public health. *Science.* 1920;51(1306):23–33.
18. Pan American Health Organization. *Pan American Sanitary Code: towards hemispheric health policy.* Washington, DC: PAHO; 1999.
19. Samame GE. Treponematoses eradication with special reference to yaws eradication in Haiti. *Bull World Health Organ.* 1956;15(6):897–910.
20. Executive Committee of the Directing Council of the Pan American Sanitary Organization. Topic 6: Report on the Special Malaria Fund of PASO. Washington, DC: Pan American Health Organization; 1957. Disponible en: http://hist.library.paho.org/English/GOV/CE/31_15.pdf Acceso el 20 de agosto de 2012.
21. The Rockefeller Foundation. Annual report 1962. New York: Rockefeller Foundation; 1962. Disponible en: <http://www.rockefellerfoundation.org/uploads/files/56d00f7e-d624-4375-a84e-e913f38ccdf9-1962.pdf> Acceso el 18 de julio de 2012.
22. Frank JP. The Pan American Health Organization and the health services decentralization - A policy history [conference]. Miami: Faculty of the School of Public Administration, University of South Florida; 1994.
23. Pan American Health Organization. *Ten-Year Health Plan for the Americas: final report of the III Special Meeting of Ministers of Health of the Americas.* Santiago: PAHO; 1972.
24. Arbona G. La regionalización de los servicios de salud: la experiencia de Puerto Rico. Washington, DC: Pan American Health Organization; 1980.
25. Bryant J. *Health and the developing world.* Ithaca, NY: Cornell University Press; 1969.
26. Bravo L. The development of medical care services in Latin America. *Am J Public Health.* 1958;48(4):434–47.
27. Mesa-Lago C. *Health care for the poor in Latin America and the Caribbean.* Washington, DC: Pan American Health Organization; 1992.

28. Pan American Health Organization. 25 years without smallpox in the Americas. *Epidemiol Bull.* 1996;17(1).
29. García JC. Pensamiento social en salud en América Latina. Washington, DC: Pan American Health Organization; 1994. Pp. 95–143.
30. Pan American Health Organization. Declaration of Alma-Ata, International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978. Disponible en: http://www.searo.who.int/LinkFiles/Health_Systems_declaration_almaata.pdf Acceso el 24 de julio de 2012.
31. Paganini JM, Capote R. Los sistemas locales de salud: conceptos, métodos, experiencias. Washington, DC: PAHO; 1990.
32. Novaes H. Comprehensive health care in local health systems: conceptual analysis and assessment of selected programs in Latin America. Washington, DC: PAHO; 1990.
33. Mahler H. La lucha política por la salud: Declaración ante la XX Conferencia Sanitaria Panamericana. *Bol Of Sanit Panam.* 1979; 86(5):435–41.
34. Teruel JR. Health: a bridge for peace - the origin of the strategy - the Central American experience (1983–1991). Oslo: Institute for Applied International Studies; 2008.
35. National Institutes of Health. A bridge for peace. Against the odds, s.f. Disponible en: http://apps.nlm.nih.gov/againsttheodds/exhibit/preventing_disease/bridge_for_peace.cfm Acceso el 20 de agosto de 2012.
36. Risi JB. The control of poliomyelitis in Brazil. *Rev Infect Dis.* 1984:S400–3.
37. World Health Organization. Immunization, vaccines and biologicals. Sanofi Pasteur donates vaccine strain used for polio eradication to WHO. Geneva; WHO; 2011. Disponible en: <http://www.polioeradication.org/tabid/408/iid/156/Default.aspx> Acceso el 20 de agosto de 2012.
38. Aylward B, Acharya A, England S, Agocs M, Linkins J. Trade, foreign policy, diplomacy and health. Polio eradication: politics and practicalities—decision to pursue eradication. Geneva: World Health Organization, s.f. Disponible en: http://www.who.int/trade/distance_learning/gpgh/gpgh2/en/index3.html Acceso el 20 de agosto de 2012.
39. Birdsall N, de la Torre A, Valencia F. The Washington Consensus: assessing a damaged brand. Center for Global Development; 2010. Disponible en: <http://www.cgdev.org/content/publications/detail/1424155> Acceso el 17 de noviembre de 2010. (Working paper 213).
40. Ali M, Lopez AL, You YA, Kim YE, Binod S, Maskery B, Clemens J. The global burden of cholera. *Bull World Health Organ.* 2012;90: 209–18A. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/90/3/11-093427/en/> Acceso el 20 de agosto de 2012.
41. Pan American Health Organization. Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) in the Americas. Washington, DC: PAHO; 1999. (CSP24/18 1994).
42. Dourado I, Veras MA, Barreira D, Brito AM. Tendências da epidemia de AIDS no Brasil após a terapia anti-retroviral. *Rev Saude Publica.* 2006;40(Supl):9–17.
43. United Nations Development Program. Millennium Development Goals report 2011. New York: United Nations; 2011. Disponible en: http://www.beta.undp.org/content/dam/undp/library/MDG/english/MDG_Report_2011_EN.pdf Acceso el 20 de agosto de 2012.
44. Feldbaum H, Lee K, Michaud J. Global health and foreign policy. *Epidemiol Rev.* 2010;32(1): 82–92.
45. World Health Organization. International health regulations. About the IHR. Geneva: WHO; 2011. Disponible en: <http://www.who.int/ihr/about/en/> Acceso el 18 de agosto de 2012.
46. Bernardini D, Hill J, Arosquipa C, Hospedales J, Sotelo JM. Salud internacional y nuevas formas de asociación: el Dialogo Multipartito y el Foro de Socios. *Rev Panam Salud Publica.* 2011;30(2):144–7.