

Drogas ilícitas

Cultivo y producción

El mercado de drogas ilícitas moviliza un total de US\$ 600.000 millones anuales en América Latina y el Caribe (160). América Latina produce la totalidad de los precursores (hoja y pasta base) de la cocaína del mundo. Bolivia, Colombia y Perú producen 98% de la hoja de coca de todo el mundo; además, son los países de América Latina y el Caribe que tienen más de 1% de la superficie arable dedicada a cultivos ilícitos. Entre 1994 y 1998 la superficie dedicada al cultivo de la coca en los países andinos parece haber disminuido 17%, pero el rendimiento de los cultivos ha permanecido básicamente estable. Se estima que en 1996 se produjeron 300.000 toneladas de hoja de coca, de las cuales se extrajeron 1.000 toneladas de cocaína.

La producción de heroína en América Latina y el Caribe representa un porcentaje muy bajo de las más de 300 toneladas que se producen anualmente en todo el mundo. En América Latina existe un creciente cultivo de amapola, fundamentalmente en México y Colombia; en este último país la superficie dedicada al cultivo de la amapola creció 17% de 1996 a 1998.

Se ha observado un incremento de la superficie dedicada al cultivo de cannabis, que se consume en forma de marihuana. En Colombia, por ejemplo, hay 5.000 hectáreas dedicadas al cultivo de esta planta. Se estima que en este país se han destruido entre 850.000 y 1.000.000 de hectáreas de bosque para implantar cultivos de coca, cannabis y amapola entre 1974 y 1998.

Consumo

La marihuana es la droga ilícita de mayor consumo en las Américas. Se estima que existen alrededor de 45 millones de consumidores en la Región. Contrariamente a la creencia popular, el consumo de marihuana crea dependencia y acarrea importantes problemas de salud. La proporción de la población de la Región que ha consumido marihuana alguna vez en su vida varía de 2% en Paraguay y la República Dominicana a 17% en Chile y 35% en los Estados Unidos.

La cocaína es la segunda droga más consumida. En la mayor parte de los países, entre 1% y 4% de la población ha consumido cocaína alguna vez en la vida (161). En los Estados Unidos esta cifra es alrededor de 11%. Este consumo, no obstante, se concentra en los adolescentes y adultos jóvenes de menor nivel socioeconómico. Entre los adolescentes la prevalencia de uso habitual de cocaína puede alcanzar entre 1% y 5%.

Impacto social y sanitario del consumo de drogas

La producción, el tráfico y el consumo de drogas en las Américas genera violencia, enfermedad y muerte, y afecta la gobernabilidad de los países de la Región. Además, el consumo de drogas es un factor determinante de la transmisión del SIDA y de otras enfermedades infecciosas, especialmente en el Cono Sur. El consumo de drogas en las embarazadas también está aso-

ciado a déficits físicos y mentales en el desarrollo fetal y del recién nacido, y afecta especialmente a la población con menores recursos.

El consumo de drogas es parcialmente responsable de una alta tasa de abandono escolar. En Chile, por ejemplo, 20% de los escolares han consumido drogas ilícitas en los últimos 12 meses. Muchos de ellos, especialmente los que pertenecen a familias con menos recursos, no llegan a terminar la escuela primaria. En el Perú, el fracaso escolar en primaria debido al consumo de drogas es de 21% (162). Tras abandonar la escuela, muchos de estos jóvenes, ya adictos, se mantienen vendiendo droga y se incorporan a las pandillas violentas como mecanismo de apoyo social, lo que agrava la marginación y la pobreza en la que viven. En El Salvador, casi la mitad de los pandilleros consumen drogas ilícitas diariamente (163).

La respuesta del sector salud

En América Latina, 12 países tienen planes nacionales de control de drogas. Estos planes hacen énfasis en el control de la oferta mediante la destrucción de los cultivos, la acción policial sobre el tráfico y la penalización del consumo. Los resultados de este enfoque han sido limitados, por lo que es necesario reforzar el control de la demanda mediante intervenciones de prevención, desintoxicación, tratamiento y rehabilitación, así como de reducción del daño.

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Salud reproductiva en los diversos grupos de población

Aunque tradicionalmente los servicios de atención de la salud reproductiva se ofrecían solo a las mujeres de edad fértil, hoy en día se reconoce que esa edad ya es demasiado tardía para iniciar cualquier actividad de atención. Los estudios sobre el desarrollo han demostrado que la formación de actitudes se inicia en los primeros años de la vida de una persona. Mucho antes de llegar a la edad escolar, los niños ya tienen conocimiento sobre las relaciones sexuales entre hombres y mujeres, y tienen su propia actitud con respecto al comportamiento y al modo de vida. La edad promedio de iniciación de las relaciones sexuales en la Región de las Américas es de 14 años y 50% de los adolescentes menores de 17 años son sexualmente activos. Los estudios muestran que, en su mayoría, los jóvenes de 20 años han tenido varias parejas sexuales sin ninguna protección para prevenir las infecciones de transmisión sexual o el embarazo. Esto ha motivado a muchos países a incorporar actividades educacionales de prevención de la enfermedad y promoción de la salud a temprana edad. Un problema reconocido en varios países es la urgente necesidad de preparar a los maestros para la enseñanza en la escuela primaria e intermedia sobre la sexualidad y las prácticas adecuadas de salud reproductiva.

Sin embargo, este método presentó dificultades en ciertas situaciones y dio lugar a controversia, en parte porque plantea la cuestión de los derechos de los menores y los de sus padres. En varios países, los propios grupos adolescentes han optado por trabajar activamente en la difusión de información y en la orientación de los pares después de la capacitación.

La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo subrayó el hecho de que los varones eran un grupo desatendido en la provisión de servicios de salud reproductiva e hizo un llamamiento para que se ampliara su activa participación en la paternidad responsable, el comportamiento sexual y otros aspectos de la salud reproductiva (164). Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba, Nicaragua, Venezuela y Uruguay han progresado en la creación de programas educativos institucionales destinados a los hombres e instituido un marco legal para apoyar esa responsabilidad. En este caso también hay grupos que ayudan a difundir información y ofrecer orientación, sobre todo en los campos de la planificación familiar y la prevención de la infección por el VIH.

Aborto

El aborto voluntario es ilegal en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe y no es fácil encontrar datos al respecto. Donde se practica, se observa que el aborto legal ha complicado a menudo los requisitos de procedimientos y limitado el número de establecimientos y profesionales que pueden practicarlo, o prohibido todos los abortos, excepto para salvar la vida de la mujer embarazada o en casos de violación. Aunque no es estrictamente permitido por la ley, a veces queda a discreción de las autoridades judiciales en algunos países conceder permiso para practicar un aborto en caso de malformación fetal. Además, varios estudios han demostrado una actitud conservadora en la comunidad médica, lo que reduce aún más el pequeño número de abortos legales practicados en esos países.

Las ONG y los grupos de mujeres trabajan muy activamente para abordar las repercusiones de la ilegalidad del aborto para los derechos. Varios defensores de Argentina, Brasil, Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Ecuador, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Perú, Puerto Rico, la República Dominicana, Uruguay y Venezuela participaron en la Campaña 28 de Septiembre para despenalizar el aborto, que se estima en 4 millones de casos anuales en América Latina. Se han librado varias batallas judiciales de importancia con respecto al aborto. Por ejemplo, en los Estados Unidos se han presentado serias recusaciones contra la ley federal que permite el aborto y la Corte Suprema de Chile declaró la ilegalidad de todos los abortos. Además, la violencia en contra del aborto es un problema en algunos países.

Varios estudios indican que la mayoría de las mujeres que abortan tienen 20 y más años, están casadas y muchas ya son madres. Las inequidades socioeconómicas son evidentes en este campo, puesto que las mujeres con recursos pueden buscar la

atención de profesionales capacitados y en condiciones más adecuadas. En las zonas urbanas de muchos países y generalmente bajo la égida de grupos religiosos o que se oponen al aborto, se ha trabajado por introducir servicios sociales, como asistencia para la vivienda y el parto a las mujeres embarazadas que optan por no abortar y deciden ofrecer al niño en adopción.

La carga del aborto clandestino en América Latina y el Caribe es incuestionablemente alta. Los cálculos conservadores indican que hasta 31% de todos los embarazos pueden terminar en aborto y que se practican cerca de 444 abortos anuales por cada 1.000 nacidos vivos. Las repercusiones de esta actividad en la utilización de los servicios de salud son asombrosas: los cálculos indican 300.000 hospitalizaciones por complicaciones en el período inmediatamente posterior al procedimiento. La muerte por complicaciones del aborto no es rara y es una de las principales causas de mortalidad materna. Aproximadamente 12% de las defunciones maternas registradas se deben a complicaciones de abortos inseguros e ilegales. En fecha reciente, en algunos estudios se ha citado que el acceso relativamente fácil al misoprostol, un medicamento contra las úlceras que puede causar el aborto en mujeres embarazadas, ha reducido la morbilidad y la mortalidad por abortos ilegales, aunque su uso creciente por los adolescentes es motivo de gran preocupación.

Se ha reconocido que la atención después del aborto es una intervención crítica para salvar vidas y evitar otros abortos y se ofrece cada vez más como parte de los programas de salud reproductiva. También se aprovecha como una oportunidad para comenzar a integrar los servicios de salud. Por ejemplo, Bolivia, el Ecuador y Jamaica han introducido programas de planificación familiar y detección de cáncer durante los cuidados dispensados después del aborto.

Anticoncepción

El acceso a la información ha aumentado y se calcula que el uso de anticonceptivos por mujeres de edad fértil y en unión es de 70% en la Región. El mayor uso de métodos eficaces de planificación familiar ha contribuido a la disminución de las tasas de crecimiento demográfico, aunque todavía son comunes los nacimientos no deseados y extemporáneos. La reducción del tamaño deseado de la familia en los países en desarrollo ha nutrido la demanda de servicios de salud reproductiva.

Aunque la prevalencia del uso de anticonceptivos ha aumentado en América Latina y el Caribe, esto se debe predominantemente a un mayor uso por parte de las mujeres. El método de uso más frecuente es la píldora anticonceptiva, seguida del dispositivo intrauterino (DIU) y de los condones. Un nutrido número de mujeres practica todavía la abstinencia periódica, el método del ritmo, el coito con retiro o la ducha vaginal como método anticonceptivo. La mayoría de los clientes de los servicios de planificación familiar en el sector público siguen siendo mujeres; sin embargo, se ha comprobado un aumento del uso de anticonceptivos modernos entre los adolescentes y los hombres.

Respuesta del sistema de salud

Políticas y regulación

La mitad de los países de América Latina y el Caribe han enmendado o están próximos a enmendar su legislación en el campo de la salud reproductiva. Los cambios comprenden una amplia gama de asuntos, incluso políticas de salud reproductiva, la creación de condiciones propicias para establecer servicios de atención de la salud reproductiva y los derechos pertinentes, violencia contra la mujer, habilitación de la mujer, participación del hombre en la salud reproductiva, educación para la salud reproductiva, derecho de la familia, planificación familiar, aborto y acceso creciente a servicios de salud reproductiva de buena calidad.

En Panamá se siguió un proceso de participación ejemplar al establecer un plan integral de salud reproductiva. Varios actores de la sociedad civil, las ONG, las Fuerzas Armadas, los sectores público y privado, la comunidad eclesiástica y otros se unieron durante un año para celebrar reuniones de grupos focales pequeños y compartir opiniones e ideas para las metas y las estrategias del plan.

Actividades de derechos humanos

Muchas organizaciones de mujeres han promovido activamente un método de atención de la salud reproductiva basado en los derechos humanos. Varios estudios realizados en los Estados Unidos han demostrado que uno de los problemas subyacentes de las mujeres, en particular, es la ignorancia de estos derechos. Otros estudios hechos en Bolivia y Guatemala revelaron que se negaba a las mujeres la posibilidad de hacer valer sus derechos o que ellas optaban por renunciar a ellos debido a las culturas locales o étnicas y a las posibles consecuencias para sí mismas y para sus hijos. Varios grupos de mujeres del Perú reunieron pruebas de que se estaba practicando la esterilización de mujeres sin consentimiento y sin información apropiada, y se unieron a los órganos legislativos para enfrentar la violación de los derechos de la mujer por parte del sistema de salud, que había establecido cuotas de esterilización.

Organización y funcionamiento

Después de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo celebrada en 1994, los ministerios de salud de algunos países de la Región hicieron lo posible por integrar los diferentes elementos de la salud reproductiva en una unidad funcional. El Salvador, México, Nicaragua, Paraguay, Perú, la República Dominicana y Santa Lucía han intentado crear modelos nacionales de integración por medio de consejos de población o mecanismos similares. Los programas verticales siguen siendo la norma.

En muchos países el panorama es aún más complejo, puesto que la responsabilidad de la planificación y administración nacional de las políticas de salud reproductiva compete todavía a los ministerios encargados de fomentar el desarrollo sostenible y

pone de manifiesto el sesgo heredado hacia las preocupaciones por el tamaño de la población en contraposición a un concepto ampliado. Sin embargo, la provisión de servicios sigue siendo una responsabilidad del sector de salud.

Se ha observado un aumento en el desarrollo de modelos de servicio con enfoque en la familia, particularmente en el Brasil, cuyo programa de salud de la familia destaca un método multidisciplinario centrado en la comunidad por medio de la atención primaria de salud enfocada hacia la familia. Colombia, los Estados Unidos y otros países también han empleado un enfoque centrado en la familia para crear algunos modelos de atención de salud reproductiva, pero estas iniciativas todavía no han logrado traducirse en políticas.

En algunos países, las ONG prestan servicios que, por razones tradicionales o religiosas, son difíciles de incorporar a la esfera pública. Por ejemplo, los servicios de planificación familiar en Colombia se han manejado siempre de esa forma. Se están formando nuevas alianzas con socios no tradicionales, como organizaciones laborales en el Brasil, Paraguay y el Perú, que han comenzado a capacitar a sus miembros en prácticas sexuales saludables. Varias industrias, como la turística, la textil y otras, han iniciado programas para los trabajadores y sus familias en El Salvador, Nicaragua y la República Dominicana, y las Fuerzas Armadas del Perú y el Paraguay han tomado medidas similares.

El Ecuador y Panamá han creado programas de comunicación social específicamente para mejorar los conocimientos de la población sobre los servicios existentes de salud reproductiva y su utilización; con frecuencia cada vez mayor, se incluyen actividades educativas para la población como parte de los conjuntos de servicios prestados en los países.

Calidad

Se ha dado prioridad a la creación de instrumentos y procesos para facilitar las actividades locales con el fin de garantizar la calidad de la atención. La búsqueda de mejor calidad de los servicios de salud reproductiva ha sido muy eficaz en Bolivia y ha cobrado impulso en El Salvador, Honduras y otros países de América Central. El Caribe de habla inglesa, con apoyo del Gobierno de Italia, también ha progresado en ese sentido.

La investigación sigue dando énfasis al campo de la tecnología anticonceptiva. En los Estados Unidos ha habido importantes avances en la investigación genética y embrionaria, aunque han dado lugar a profundas preocupaciones éticas y políticas.

Desarrollo de recursos humanos

Con el fin de ofrecer oportunidades para que el personal de salud conozca mejor los cambios en la prestación de servicios de salud reproductiva y los instrumentos pertinentes, varias universidades han comenzado a ofrecer cursos de especialización o de posgrado. Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Nicaragua y Uruguay han encabezado esta actividad. En

Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, México y Nicaragua se han establecido programas específicos de maestría en salud reproductiva. Se han ofrecido módulos de capacitación para la administración de servicios de salud reproductiva en Brasil, Costa Rica, Paraguay, la República Dominicana y Venezuela.

Algunos países, sobre todo Chile, Cuba, el Perú y los países de habla inglesa del Caribe, han logrado ampliar la cobertura y la satisfacción de los usuarios y reducir considerablemente la mortalidad materna por medio de la asignación estratégica de enfermeros calificados, parteros, médicos y otro personal y, al mismo tiempo, el fortalecimiento del sistema con la logística adecuada y programas estructurados y sustentados en el nivel de atención primaria de la salud.

Financiamiento

Un grave problema enfrentado por los servicios de salud reproductiva radica en que estos programas, particularmente los de planificación familiar, han dependido del financiamiento externo durante muchos años. En los últimos cuatro años, varios países han perdido subvenciones para estas actividades al mejorar sus estadísticas de salud reproductiva.

SALUD ORAL

En la década de los noventa, casi todos los países de la Región presentaron una tendencia a la reducción de la prevalencia de caries dental; asimismo, con el propósito de ampliar la cobertura de los servicios de salud oral y maximizar los recursos disponibles del sector público, se utilizaron tecnologías más eficaces en relación con el costo. Los factores importantes que han influido en estos cambios han sido el inicio, continuidad y sostenibilidad de los programas nacionales de fluoruración de la sal y del agua de consumo humano.

La vigilancia epidemiológica de la caries dental en la Región se realiza mediante encuestas clínicas de corte transversal en grupos poblacionales específicos, de acuerdo con protocolos establecidos por la Organización Mundial de la Salud (165). El cuadro 15 muestra la prevalencia y severidad de la caries dental en escolares de 12 años en varios países de la Región; en él se emplea el promedio del índice CPO-D (dientes cariados, perdidos, obturados) proveniente de diversas fuentes: estudios epidemiológicos llevados a cabo en la década de 1990 (166-172), publicaciones de dependencias gubernamentales (173-177) e informes enviados al Programa Regional de Salud Oral de la OPS (178-183).

Datos de Belice (184), Bolivia (185), Costa Rica (186, 187), Chile (188), Ecuador (189), El Salvador (190), Honduras (191), Jamaica (167), Nicaragua, Panamá, Paraguay (192), República Dominicana (193), Uruguay (194) y Venezuela (192) se obtuvieron de evaluaciones de línea base que forman parte del sistema de vigilancia epidemiológica de los programas nacionales de fluoruración en cada país. En el caso del Brasil, la información

proviene de un estudio comparativo realizado en 1993 (171) y de otro realizado a nivel nacional en zonas urbanas en 1986. Para el Canadá, se revisaron investigaciones llevadas a cabo en la provincia de Ontario (169), la más poblada de ese país. La fuente para los Estados Unidos fue la primera parte del estudio nacional (*The National Health and Nutrition Examination Survey*) que recolectó información entre 1988 y 1991 (195).

En el mismo cuadro se puede observar una gran disparidad en el promedio de dientes cariados, perdidos u obturados a los 12 años. En el decenio de 1980 se informó un CPO-D promedio de 6 en Anguila, Belice, Bolivia, Brasil, Chile, Honduras, Nicaragua, Jamaica, la República Dominicana y Uruguay. En Costa Rica y Guatemala el CPO-D promedio fue de 8 ó más. Entre los decenios de 1980 y 1990, los valores promedio del CPO-D disminuyeron entre 2,5% en Bahamas hasta cerca de 90% en Belice. El objetivo de un CPO-D promedio de 3 ha sido alcanzado por Anguila, Antigua, Aruba, Bahamas, Barbados, Belice, Canadá, Colombia, Costa Rica, Cuba, Curazao, Dominica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos, Granada, Guyana, Haití, Islas Caimán, Jamaica, Nicaragua, Saint Kitts y Nevis, Suriname Uruguay y Venezuela, al igual que algunos estados de México y del Brasil. Países como Bolivia, la República Dominicana y Trinidad y Tabago, y algunas regiones de Chile, aún presentan CPO-D promedios superiores a 4.

Si las tendencias observadas en el cuadro 15 continúan, es de esperarse que la mayoría de los países en la Región logren disminuir la prevalencia y la severidad de la caries dental, como ha sucedido en países de la Región que han llevado a cabo programas preventivos durante varios años, como el Canadá y los Estados Unidos.

El cuadro 16 presenta información proveniente de un grupo de países donde se han realizado estudios epidemiológicos en las décadas de los años 1980 y 1990. En él se pueden distinguir un grupo de países en los que 40% o más de la población escolar de 12 años no presentó caries dental (Belice, los Estados Unidos, Guyana, las Islas Caimán y Jamaica) y otro grupo en el que este porcentaje fluctuó entre 10% y 25% de la población (Bolivia, Ecuador, Nicaragua, Panamá, Paraguay y la República Dominicana). Por otra parte, Bolivia, Honduras y la República Dominicana tuvieron más de 50% de la población de 12 años con tres o más piezas dentarias que han experimentado caries dental o secuela (CPO-D \geq 3). Asimismo, en Bolivia, Ecuador, Honduras, Panamá, Paraguay y la República Dominicana, más de 10% de la población de 12 años tiene siete o más piezas dentarias con caries dental o secuela.

El análisis de la contribución porcentual de cada elemento del CPO-D en aquellos que han tenido caries dental (cuadro 16) permite hacer inferencias sobre el tipo de servicios odontológicos disponibles. Poblaciones con acceso a tratamiento restaurador tienen porcentajes altos del componente obturado y bajos de los componentes cariado y extraído. Inversamente, poblaciones con acceso limitado a tratamiento restaurador, presentan porcentajes altos de piezas dentarias cariadas y extraídas. Los valores de Costa Rica, los Estados Unidos y las Islas Caimán, con altos por-