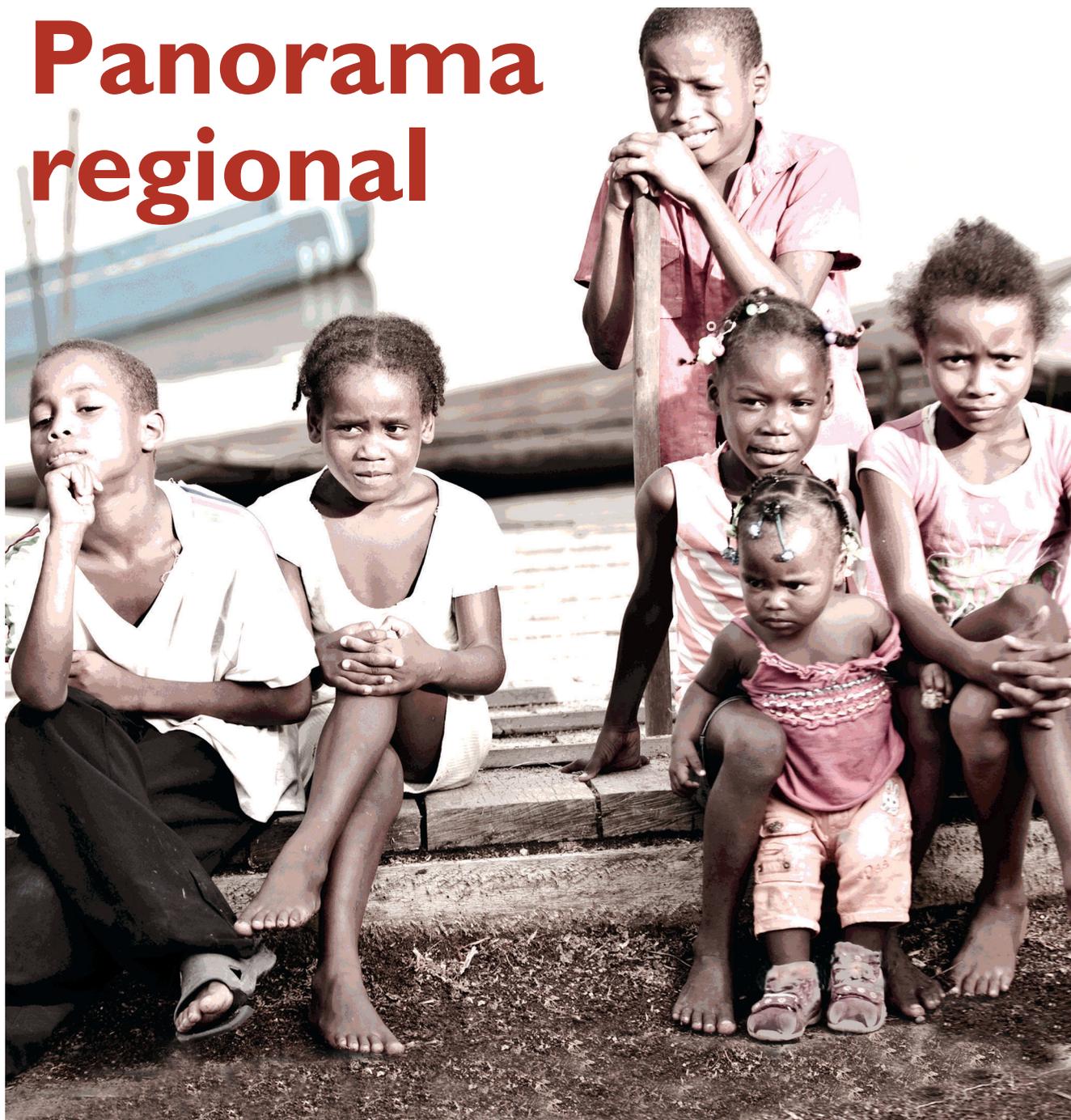


# Panorama regional



## INTRODUCCIÓN

En el presente capítulo se resumen algunos de los principales avances, brechas y tendencias de la salud en la Región de las Américas. Sin pretender construir escenarios alternativos, cuya metodología trasciende los objetivos de esta publicación, se abordan temas relacionados con los contextos políticos, económicos y sociales que han incidido en la salud durante los últimos años. Asimismo, se hace referencia a los cambios demográficos

y epidemiológicos, así como a algunas de las transformaciones tecnológicas, culturales y de riesgos, cuyos impactos directos e indirectos en la salud y el bienestar son concomitantes y concurrentes, condicionando la capacidad de respuesta de los servicios de salud. Se examinan además otros tópicos relevantes, como los relacionados con la gestión ante desastres y alertas sanitarias, y la continua evolución de la ética, los derechos humanos y la salud global. La intención es identificar las tendencias de salud

dominantes durante el período, sus factores asociados y determinantes, y presentar algunas reflexiones sobre las perspectivas futuras de la salud en la Región.

## SITUACIÓN DEMOGRÁFICA

Entre 2005 y 2010, la **población total** en la Región de las Américas pasó de 886 a 935 millones de habitantes. De continuar dicha tendencia, se estima que para 2020 la población continental ascenderá a unos 1.027 millones de habitantes, equivalentes al 13,4% de la población mundial (1). Aun considerando el incremento en el número de habitantes, en términos relativos se observa ya una desaceleración de la expansión demográfica. Entre los quinquenios 1995–2000 y 2005–2010, el crecimiento medio anual de la población a nivel regional pasó de 1,3% a 1% (2).

Entre 2005 y 2010, la **tasa de mortalidad general** de la Región continuó decreciendo (de 6,9 a 6,4 por 1.000 habitantes), en tanto que la **tasa global de fecundidad** para ese mismo período descendió de 2,3 a 2,1 hijos por mujer. El cambio **demográfico** tiene diferentes gradientes de evolución: mientras Cuba registra una tasa de 1,5 (muy por debajo del nivel de reposición poblacional), Guatemala y Bolivia muestran tasas de 4 y 3,3 hijos por mujer respectivamente (3). Se estima que entre 2000 y 2010 la **esperanza de vida** para ambos sexos en las Américas pasó de 72,2 a 76,2 años –cuatro años de aumento en una sola década– y se proyecta un aumento adicional de 6,5 años hasta 2050 (1). Sin embargo, entre los países persisten diferencias, por ejemplo entre Bolivia y Chile, dos países vecinos donde la esperanza de vida en 2010 fue de 66,8 y 79,2 respectivamente (2). Estas diferencias también se reproducen hacia el interior de los países. Por ejemplo, en Colombia en 2010 la mortalidad de menores de 5 años fue 11,3 veces mayor en el quintil más pobre, comparado con el quintil más rico (4).

En la Región en 2006 vivían cerca de 100 millones de **personas mayores de 60 años**. Para el 2020 se espera que esta cifra se duplique y más de la mitad de ellos vivirán en América Latina y el Caribe (ALC). El 69% de quienes nacen en América del Norte y el 50% de quienes nacen en ALC vivirán más allá de los 80 años (1). Por primera vez en la historia de la humanidad, cuatro generaciones están vivas al mismo tiempo. Todo ello contribuye a la construcción de un importante capital social (5). Si bien estas tendencias son sin duda un reflejo de los principales éxitos de la salud pública alcanzados en el último siglo, el envejecimiento

acarrea un aumento en las enfermedades crónicas y las discapacidades. En base a las tendencias registradas, se estima que un significativo número de las personas mayores estarán en situaciones de pobreza, en particular mujeres, tanto por su mayor longevidad como por sus condiciones históricas de exclusión social. En los países en desarrollo, donde el envejecimiento de la población está ocurriendo con mayor rapidez, será especialmente desafiante lidiar con estos cambios demográficos y epidemiológicos (6). Por ejemplo, mientras que en Francia, el 7% y 14% de la población de 60 y más años se alcanzó en 1864 y 1979, en México estos hitos se alcanzarán en 2016 y 2038. Pasar del 7% al 14% a Francia le llevó 115 años. A México le llevará sólo 22 años (7). Un envejecimiento saludable permite romper con el estereotipo de que las personas mayores son receptoras pasivas de servicios sociales y de salud. No obstante, para llegar a un envejecimiento saludable, basado en programas de “autogestión y autocuidado”, se requieren acciones e inversiones bien definidas y planificadas a lo largo de la vida de los individuos, un enfoque que hasta el momento en general no ha recibido la debida atención, sobre todo en aquellos países donde los sistemas de pensiones y de seguridad social son insuficientes y desfinanciados (7). En 2010, en ALC la **tasa de dependencia total** se estimó en 53,3, en tanto que para América del Norte fue de 49. Para el año 2050 se espera que estas cifras sean 57 y 67,1 respectivamente. En 2010, la mayor proporción de dependencia en la región tuvo lugar entre las poblaciones con menores ingresos, lo que, en un escenario pesimista, podría contribuir a perpetuar el ciclo de la pobreza (8).

En ALC, entre 1990 y 2009 la **tasa de mortalidad infantil** se redujo 66% (de 42 a 14,8/1.000 nacidos vivos.). Sin embargo, el promedio regional esconde diferencias de hasta 50 puntos entre países. Así, las menores tasas corresponden a Cuba y Canadá (4,8 y 5,1 respectivamente) y las mayores a Haití y Bolivia (57 y 50) (9). Entre 1990 y 2010, la **razón de la mortalidad materna** (RMM) se redujo en América Latina 43% y en el Caribe 30%, cifras inferiores a la reducción media de 47% observada en los países en desarrollo a nivel mundial (10). En 2008, en ALC el quintil menos educado de la población femenina concentró la mayoría de las muertes maternas (más de 35%), en tanto que el quintil más educado representó menos de 10% (11). Aunque en ALC la cobertura de planificación familiar ha crecido alcanzando tasas de contracepción de 67%, similares a las de países desarrollados, aún persiste una brecha entre la demanda y la oferta de métodos anticonceptivos, en particular en poblaciones marginadas y en adolescentes

(12). Todos los años en la Región se producen 1,2 millones de embarazos no planeados (49% en adolescentes). La cobertura de la atención prenatal en ALC no es baja, pues en promedio las mujeres embarazadas reciben entre 4 y 5 controles (9). Sin embargo, estos servicios no necesariamente son de buena calidad, dando lugar a una de las expresiones más flagrantes de inequidad y a la urgencia de dedicarle mayor atención.

La Región es ya la **más urbanizada** del mundo. En 2010, el 82,1% de la población de América del Norte y el 79,4% de ALC residían en zonas urbanas. Se anticipa que para el año 2025, 9 de las 30 ciudades más grandes del mundo estarán en las Américas: São Paulo, México, Nueva York, Buenos Aires, Los Ángeles, Río de Janeiro, Bogotá, Lima y Chicago. Dicho esto, datos recientes indican que entre 2005 y 2010 el crecimiento urbano en ALC empezó a desacelerarse (13).

Mientras la incidencia relativa de la pobreza urbana en la Región cayó de 41% en 1990 a 29% en 2007, paradójicamente el número absoluto de pobres urbanos aumentó de 122 a 127 millones (14). Es de esperar que las ciudades concentren cada vez más la riqueza, la creatividad, la innovación y las oportunidades de vida en todos los frentes, desde el artístico-cultural al técnico-científico y al laboral-económico. Aun así, en ese contexto de mayor afluencia, todo indica que por los próximos años las ciudades continuarán albergando poblaciones en diferentes gradientes de pobreza y vulnerabilidad (15). Se estima que más de 20 millones (circa 3,3% de la población) de latinoamericanos y caribeños viven actualmente fuera de su país de nacimiento (11). Los **inmigrantes** de menor escolaridad y que trabajan en actividades de baja calificación son los más vulnerables y excluidos, afectando de manera significativa sus condiciones de salud (11). En la Región el principal polo de atracción para inmigrantes sigue siendo Estados Unidos, donde los hispanos representan actualmente un sexto de la población, con 30% de origen mexicano (1).

Otro fenómeno de relevancia para la salud está asociado con el crecimiento acelerado de **viajeros**. En 2011, el número de turistas nacionales e internacionales en la Región creció en 6 millones, alcanzando un total de 156 millones de viajeros (16).

## ESCENARIO POLÍTICO

La Región continúa transitando hacia una democracia más consolidada, con elaboración de nuevos marcos

constitucionales, procesos electorales más transparentes y participativos y donde las libertades se consagran como un derecho ciudadano. Salvo situaciones puntuales, los avances alcanzados en estos temas son notorios.

Se están profundizando dos procesos aparentemente polares, pero no contradictorios. Por un lado, una creciente descentralización y un mayor empoderamiento de las comunidades como base de una creciente democracia participativa y plural. Por el otro, una mayor inserción de los países en la globalización. Estos procesos están influenciando reacomodos en la distribución del poder y en la construcción de ciudadanía, que sumados a otros avances en la esfera económica han contribuido a que los países adquieran mayores niveles de autonomía y autoconfianza. No obstante, en la Región continúan deteriorándose algunos problemas, en especial el de la violencia asociada a la delincuencia y al narcotráfico, situaciones que comienzan a colocar en riesgo algunas de las mejoras conseguidas.

Las redes sociales están en pleno crecimiento, catalizadas por la revolución de las tecnologías de la comunicación, alimentando nuevas percepciones, expectativas y demandas en todas las esferas de la vida cotidiana. Expresiones de diferentes grupos de la comunidad —ya sea de protesta o de apoyo a diversas causas— son cada vez más comunes, manifestando puntos de vista sobre la economía, el ambiente, la educación y la salud, entre otros. El futuro de la salud dependerá en buena medida de que tanto los individuos como las comunidades consideren que una buena salud es importante para lograr y mantener el tipo de vida a la que aspiran y desean tanto para sí mismos como para sus familiares y allegados (17).

En la medida que en ALC se amplía la movilidad vertical y las clases medias crecen, aunque sea de manera modesta, emergen nuevos mercados de bienes y servicios, incluidos los de la salud y la educación. También están cambiando las aspiraciones y las preferencias políticas de la sociedad, y en algunos países se está manifestando una creciente pérdida de credibilidad y confianza de la ciudadanía frente a los partidos políticos y otras instituciones tradicionales (18).

La globalización ha estimulado nuevas correlaciones de fuerzas que combinan intereses pragmáticos e ideológicos diversos. Frente a este contexto, los países de la Región han sido cada vez más protagonistas, tratando de asegurar y ampliar su presencia en diversos espacios comerciales y políticos, en un mundo rápidamente cambiante y no exento de turbulencias y contradicciones. Cada uno de los países ha expandido sus horizontes, participando simultáneamente en

varias alianzas, iniciativas y bloques, unidos por la proximidad geográfica o por motivos comerciales, culturales o políticos. La presencia de países de la Región en bloques estratégicos globales también es cada vez más prominente, como por ejemplo en la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), el Grupo de los 20, el Foro de Cooperación Económica Asia-Pacífico (APEC, por sus siglas en inglés) y el grupo BRICS (Brasil, China, India y Rusia). Además, en fechas recientes surgieron nuevas alianzas y foros, como la Alianza Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América (ALBA), la Unión de Naciones Sudamericanas (UNASUR) y la Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños (CELAC), que coexisten con otras instancias regionales preexistentes.

## PANORAMA ECONÓMICO

La crisis financiera de 2008–2009 afectó de manera significativa al sistema financiero internacional, amenazando la estabilidad económica y social de todos los países de la Región. Si bien la economía mundial tiende a la recuperación, la ruta al crecimiento económico no está exenta de turbulencias que aún afectan a las mayores economías del mercado mundial: Estados Unidos, Europa y Japón (19, 20).

En ALC, la crisis fue antecedida por un período de 4 años de crecimiento sostenido del PIB por habitante a una tasa promedio anual cercana a 4,4%. Producto de la crisis, en 2009 la mayoría de los países de la Región registraron una reducción en las tasas de crecimiento económico y en el ingreso per cápita. En 2010, ALC reinició el crecimiento económico con una recuperación del PIB por habitante de 4,8%. Asimismo, en ese año se alcanzaron los niveles más bajos de pobreza (31,4%) e indigencia (12,3%) de los últimos 20 años. Incluso así, ALC cerró 2011 con **177 millones de habitantes en situación de pobreza**, 70 millones de ellos en condiciones de indigencia (21). Por otro lado, Estados Unidos y Canadá registraron el 15% y 11%, respectivamente, de su población por debajo de la línea de pobreza (22, 23).

Entre 2008 y 2010, ante la crisis económica la mayoría de los países aplicaron políticas anticíclicas de mitigación, protegiendo y en algunos casos expandiendo el gasto público social, sobre todo a través de programas de transferencias condicionadas que en 2010 alcanzaron un 3% del PIB (21)

Brasil es ya la sexta economía del mundo (24). El comercio y las inversiones en ALC han crecido. Las

llamadas “Multilaterales” están ampliando sus mercados a nivel mundial. El Banco Mundial clasifica a varios de los países de ALC dentro del rango de las economías emergentes, con niveles de ingresos medios y medios-altos. No obstante la estabilización macroeconómica alcanzada, todavía se debate la necesidad de profundizar algunas reformas en ciertos temas críticos como el fiscal, el laboral, el judicial y el alcance de la protección social, entre otros (25).

A pesar de la crisis, la economía de Estados Unidos asciende a US\$ 16 billones –tres veces mayor que la de ALC combinada– y ese país continúa siendo de la mayor relevancia para el comercio con los países de la Región. Estados Unidos exporta más a ALC que a Europa, el doble a México que a China y más a Chile y Colombia que a Rusia. Compra el 40% de las exportaciones de ALC. Las inversiones estadounidenses a su vez representan el 40% de las inversiones foráneas en ALC. El 90% de los US\$ 60.000 millones que los países de ALC reciben en forma de remesas provienen de Estados Unidos (18).

## CONDICIONES SOCIALES

Entre 1980 y 2010, el índice regional de desarrollo humano creció de 0,573 a 0,704 y aún está por debajo del correspondiente a los países de la OCDE de 1980 (0,754), pero está ya próximo al 0,717 definido por el PNUD como de un índice de alto desarrollo, con notables variaciones entre países y al interior de los países (26).

El eje de la agenda social de la Región continúa siendo la lucha contra la pobreza y las inequidades, dentro de una realidad ambivalente. Por un lado, se combinan las rigideces estructurales que refuerzan la reproducción intergeneracional de las inequidades, asociadas con un escaso efecto redistributivo de la riqueza, y el acceso inequitativo a empleo digno, a una educación de calidad, a vivienda salubre y a servicios de salud de oferta similar para toda la población, entre otros marcadores relacionados con la estratificación social. Pero por el otro, hay avances recientes que resultan auspiciosos y abren nuevas posibilidades para seguir construyendo sociedades más justas y con un acceso más difundido al bienestar. En términos netos, en ALC en 2010 más de 60 millones de personas salieron de la pobreza, denotando un cambio de magnitud no registrado antes (21).

Según la CEPAL, en 2009 ALC se mantenía como la Región más inequitativa con un coeficiente de Gini promedio de 0,52 en 18 países analizados, superior al de

África Subsahariana (0,44) y al de Asia Oriental y el Pacífico (0,41) (27). Sin embargo, estudios recientes muestran que en términos de distribución del ingreso ALC ha dejado de ser la más inequitativa del mundo y que el coeficiente de Gini se redujo de 0,56 en 2003 a 0,48 en 2008. Tal avance parece explicarse no solamente por los cambios operados en las economías más grandes de ALC (Brasil y México) así como en otras 11 de las economías analizadas. Este fenómeno ocurre al mismo tiempo que se observa un incremento en la desigualdad del ingreso en las otras regiones en desarrollo (28, 29, 30).

Las mejorías observadas en la Región se deben principalmente al incremento en ingresos laborales (21), así como al impacto de las políticas redistributivas del ingreso (31, 32) implementadas a través de programas de transferencias condicionadas de dinero, más progresivas y sostenidas, a los sectores más vulnerables. Todo ello en un contexto de creciente democratización y descentralización (33) asociadas a cambios tecnológicos y a la mejoría en la cobertura de la educación básica de los grupos de población socialmente más rezagados (34). Sin embargo, debe señalarse que no todos los sistemas de protección social en los diferentes países de la Región son suficientemente inclusivos. Varios muestran vacíos que reproducen la vulnerabilidad y la estratificación en el acceso a la protección social (21, 35). En materia de **empleo**, en 2011 en la Región trabajaron cerca de 468 millones de personas, o sea 79% de la población económicamente activa –60,2% (283 millones) en ALC (21). La mayor parte de estas ocupaciones fueron en el sector de los servicios (61,6%), seguido del industrial. A su vez el sector agrícola se contrajo a uno de cada seis trabajadores de la Región (36). Entre 2000 y 2010, en ALC el ingreso masivo de las mujeres a la fuerza de trabajo ha sido sostenido, con una tasa de ocupación que pasó de 47,3 a 52,8% en ese período (37). No obstante, la movilidad de salarios se mantiene lenta, en especial para las mujeres que se desempeñan en sectores de baja productividad (21). ALC ha logrado una tasa de desempleo urbano de 6,8 por ciento, la más baja registrada desde que comenzaron a usarse los métodos actuales de medición a comienzos de los años noventa (38). Sin embargo, persisten el subempleo, la informalidad y la desocupación, tanto a nivel rural como en zonas urbanas marginales, afectando en especial a la población de 15 a 24 años. El tamaño de la economía informal es diferente según el país. Incluye no sólo a los más pobres sino también a otros sectores de la población, limitando su acceso a beneficios tales como protección social y servicios

de salud (38). En Estados Unidos —en abril de 2012— el desempleo fue de 8,1%, afectando en forma diferenciada a ciertos grupos étnicos, 13% entre los afroamericanos, 10,3% entre los hispanos, 7,4% en caucásicos y 5,2% en asiáticos (39).

Durante 2011, la OIT estimó que en ALC cerca de 1,3 millones de personas estaban dentro de la categoría de trabajo forzado y que trabajaban 10,7 millones niños menores de 15 años (40). Respecto al trabajo infantil, hay suficiente evidencia sobre sus efectos a largo plazo, entre ellos que altera negativamente su desarrollo físico y mental como individuos, con consecuencias sociales ulteriores (41). En la Región, la información sobre los peligros ocupacionales es incompleta y de calidad limitada (42, 43). En ALC, los registros disponibles por lo general se refirieron sólo a trabajadores del sector formal, cuya cobertura del seguro por riesgos ocupacionales varió en 2009 entre 12% y 87% (43). La principal causa del subdiagnóstico y del subregistro de las enfermedades ocupacionales continúa siendo el desconocimiento de los profesionales de la salud en temas relacionados con las patologías de origen ocupacional.

Datos recientes señalan que 21% de los jóvenes de América Latina ni trabajan ni estudian. Existe una relación inversa entre ingreso y el fenómeno “ni-ni”. En la clase media baja se encuentra el porcentaje más elevado, con un 61%. El 74% de la generación “ni-ni” vienen de hogares con educación básica (44).

La **educación** y la salud se consagran como los ejes fundamentales del desarrollo. Existe una relación sinérgica entre ambas, que afecta positiva o negativamente las condiciones sociales, económicas y culturales de los países. El aumento de los niveles educativos se asocia al mejoramiento de la salud de la población, al incremento de la productividad, a la movilidad social, a la reducción de la pobreza y a la construcción de la ciudadanía. En ALC se han hecho progresos significativos hacia la universalización de la educación primaria. Mientras que en 1990, el acceso a la educación primaria bordeaba el 88% de los niños y niñas, en 2010 alcanzó al 95% y en algunos países al 99% (27). El rezago escolar medido por el número de niños y niñas que desertan durante la primaria o que no concluyen el último año en el tiempo asignado es muy importante para el sector salud. Es en esa población donde se concentra el embarazo adolescente y posteriormente las mayores tasas de mortalidad y morbilidad infantil (21).

Existe un cierto grado de “heredabilidad del capital educativo”. Los hijos cuyos padres no terminaron la enseñanza básica son los que tienen menos probabilidades

de concluir la enseñanza secundaria. Alrededor de la mitad de la población de los países de ALC completó la educación secundaria y en seis países no supera el 38%. Diferentes estudios sustentan que la secundaria completa es la escolaridad mínima para mejorar las condiciones de vida (45).

En la Región, el tema de la **equidad de género y étnica** es cada vez más visible en las agendas políticas de muchos países, con un número creciente de mujeres en posiciones de liderazgo. Aunque insuficiente en números, en 2010 la participación y representación de las mujeres en la vida político-electoral de ALC rondaba el 20% (46). En 2011, cinco países de la Región eran gobernados por mujeres. Hay un mayor empoderamiento y reconocimiento de los derechos y las contribuciones de las mujeres, de los pueblos indígenas y afrodescendientes, así como de grupos de orientación sexual diversa como lesbianas, gays y transexuales (47).

En ALC son las mujeres (90%) quienes cuidan a las personas mayores, una carga física y económica sin reconocimiento ni compensación. Todo indica que con el envejecimiento de la población, el incremento epidémico de las enfermedades crónicas y las discapacidades, y ante la falta de una capacidad de respuesta institucional apropiada, la carga de trabajo sobre las mujeres sin compensación económica por estas causas continuará en aumento (48).

Los programas de reducción de la pobreza han promovido el control mayor de la mujer sobre los recursos, incluido el acceso a la atención de la salud y la educación. En la Región de las Américas las mujeres, como grupo, han superado a los hombres en términos de escolaridad. Sin embargo, estas mejorías aún no se reflejan en forma paritaria, sobre todo en los salarios (49).

En la Región viven alrededor de 1.100 etnias indígenas diferentes: en ALC representan 10% de la población, en Canadá 4% y en Estados Unidos 1,6% (12, 50, 51). Indistintamente del país de residencia, estas etnias, así como las afro descendientes, son poblaciones que se encuentran en diferentes gradientes de mayor exclusión social y vulnerabilidad. De acuerdo al Banco Mundial, algunas de estas poblaciones reciben entre 46 y 60% de lo que ganan los no indígenas (52). Los efectos negativos en la salud entre algunas de las etnias discriminadas persisten en forma intergeneracional, dadas las condiciones de pobreza y de exclusión social (53).

La Región de las Américas ha avanzado sustantivamente en el cumplimiento de los **Objetivos de Desarrollo del Milenio** (ODM). Casi todos los ODM tienen alguna

relación con la salud: tres de ellos son específicos (4, 5 y 6) y otros tres (1, 7 y 8) incluyen metas estrechamente vinculadas con la salud. Ello refleja el amplio consenso de la relevancia de la salud como un insumo y como un producto de un desarrollo sostenible, además de evidenciar que el estado de la salud es un indicador clave sobre el funcionamiento de la sociedad. Si bien los ODM mencionados abordan los principales problemas y factores que contribuyen a la carga de enfermedad y muerte de las poblaciones más vulnerables del mundo, ha sido llamativo que no se incluyera una mención a las enfermedades crónicas (54).

Aun cuando la Región de las Américas registra los mayores avances en la reducción de la mortalidad infantil, no todos sus países cumplirán con el ODM 4 de reducir en dos terceras partes la mortalidad de menores de cinco años de edad, considerando que la mortalidad neonatal continúa siendo un desafío en municipios y poblaciones en condiciones de vulnerabilidad. Por otro lado, en la Región se redujo anticipadamente la incidencia de malaria y tuberculosis y se han hecho avances significativos en la reducción de la propagación del HIV/Sida y en el acceso a su tratamiento (ODM 6). Si bien se han logrado progresos importantes hacia un acceso universal a la salud reproductiva (ODM 5), las cifras disponibles indican que la meta de reducir en 75% la tasa de mortalidad materna no será alcanzada (10, 54, 55, 56). La Región también cumplió en forma adelantada las metas de cobertura con agua potable (ODM 7) (57). En cuanto al saneamiento básico, información disponible a nivel regional indica que la meta no será alcanzada, especialmente en zonas rurales. A su vez, las tendencias señalan que la Región alcanzará la meta de reducir a la mitad el número de personas que padecen hambre (ODM 1). Asimismo, se han hecho progresos para atender el acceso de medicamentos esenciales a precios asequibles (ODM 8) (46, 54, 56).

Los ODM han creado oportunidades sin precedentes para promover acciones e inversiones en salud en todos los niveles de intervención –local, nacional, regional y mundial (54). Instituciones como el Fondo Global para la Lucha contra HIV/Sida, Tuberculosis y Malaria; Roll Back Malaria, y GAVI fueron creados a partir de los ODM (58). Desde 2003, el Fondo Global aprobó US\$ 1.540 millones para apoyar programas nacionales de países de la Región –70% fueron destinados al HIV/Sida (59). Sin embargo, todo indica que en los próximos años estos recursos decrecerán debido a reducciones en las contribuciones al Fondo, así como a cambios en los criterios de elegibilidad al financiamiento que afectarán

principalmente a los países de renta media, que constituyen la mayoría de los países beneficiados en ALC.

En la etapa post-2015 y con un horizonte al 2030 se espera que, para seguir avanzando hacia un desarrollo sostenible, se proponga un nuevo conjunto de objetivos que puedan conciliar metas clave bajo los principios de universalidad y equidad, diferenciando metas según región y país, y considerando además las brechas y gradientes que afectan a todos los grupos de la sociedad, con énfasis en los más desfavorecidos y en los adultos mayores. En materia de salud, se anticipa que se priorizará la necesidad de fortalecer la capacidad de respuesta de los servicios de salud con una visión más integral, en lugar de continuar invirtiendo en acciones verticales dirigidas a enfermedades específicas (58).

## SITUACIÓN DEL MEDIO AMBIENTE

Se estima que 25% de la carga de enfermedad se asocia con los desequilibrios ambientales (60). El crecimiento demográfico sin precedentes así como la continua incorporación de amplios grupos poblacionales a una economía global basada en un modelo de consumo insaciable han incrementado, por un lado, la demanda de energía, agua, fibras, minerales y otros productos, y por el otro, la generación de desechos industriales y municipales, afectando de manera severa a la resiliencia de los diferentes ecosistemas. Una evaluación reciente señala que 15 ecosistemas planetarios se están degradando de manera no sostenible y los daños infligidos en varios de ellos ya son irreversibles, colocando a toda la humanidad en un estado de mayor vulnerabilidad (61). En ALC la opinión pública está cada vez más consciente de la importancia que tienen estos daños al ambiente. Entre 2008 y 2010, la proporción de personas que perciben que el cambio climático afecta al bienestar y al desarrollo de su país aumentó de 84% a 88%, en tanto que la de quienes priorizan a la economía sobre el ambiente disminuyó de 37% a 17% (44). En 2010, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó una resolución en la que el acceso a **agua y saneamiento** se reconoce como un derecho humano y como un determinante social esencial para la mitigación de la pobreza (61.b). Entre 1992 y 2012 el acceso a agua potable en ALC se elevó de 86% a 92%, mientras que el saneamiento básico sólo pasó de 70% a 78% (62). No alcanzar las metas previstas en el ODM 7 para el saneamiento, especialmente a nivel rural, tiene importantes repercusiones negativas en la salud. Además, no siempre se dispone de información suficiente y confiable sobre la

calidad del agua para consumo humano (63). Entre 2002 y 2010, si bien la proporción de la población urbana beneficiada por los servicios de recolección apropiada de **desechos sólidos** superó al crecimiento poblacional urbano, estos logros no fueron uniformes en todos los países —o ciudades dentro de un país (64). La mitad de los residuos urbanos generados en la Región no reciben una disposición final adecuada (65).

Se estima que en ALC al menos 100 millones de habitantes están expuestos a niveles insatisfactorios de la **calidad del aire** (66), situación que se asocia con cerca de 133.000 defunciones anuales (67). Aunque la mayoría de los países tienen un marco legal para el control de contaminación del aire, en varios de ellos las normas que establecen los límites de exposición requieren ser actualizados, ya que exceden los límites de exposición internacionalmente recomendados (68). Asimismo, la contaminación del **aire de interiores** continúa siendo un riesgo en países de bajos ingresos, en particular para las mujeres y los niños, quienes pasan más tiempo dentro de los hogares y en proximidad a estufas ineficientes que emiten humos tóxicos. En 2007, se estimó que en ALC unos 87 millones de personas todavía quemaban biomasa como su fuente principal de combustible. Las partículas emitidas llegan a ser hasta 60 superiores a las del aire ambiental externo (69). En este sentido, se ha reportado que hay una asociación directa entre la exposición a la contaminación del aire interior y muertes prematuras (70, 71).

La exposición a **contaminantes químicos** en la Región continúa siendo un problema de salud pública insuficientemente atendido. La producción y el uso de químicos entre 1970 y 2010 se han incrementado 10 veces a nivel planetario (72). En ALC, entre 1999 y 2009 el valor en dólares estadounidenses de la producción de químicos pasó de 127.500 a 260.500 millones (73). A lo largo de los últimos años se han hecho algunos esfuerzos que han permitido reducir la exposición a algunos contaminantes, entre ellos el plomo, el mercurio y el asbesto. Sin embargo, persisten desafíos importantes relacionados con el uso de sustancias químicas, como los plaguicidas y productos orgánico-persistentes, cuyos efectos en la salud no se registran de manera apropiada y oportuna (74), afectando así a grupos de alto riesgo, en especial a niños, cuya vulnerabilidad es mayor dados su peso corporal, su metabolismo y el grado de desarrollo de sus órganos y tejidos (75).

Las **enfermedades transmitidas por los alimentos** han sido reconocidas como un problema de salud pública,

por causas que incluyen deficiencias en el suministro y la calidad del agua y del saneamiento, prácticas higiénicas inadecuadas y el incremento de las cadenas de producción y comercio de alimentos a nivel nacional e internacional (76). Persiste la necesidad de mejorar el registro de la calidad de los alimentos, así como la vigilancia sistemática de casos y brotes de enfermedades transmitidas por los alimentos.

La **seguridad alimentaria** es afectada negativamente por la conjunción de varias fuerzas de ámbito global, entre ellas el aumento de la demanda de alimentos, fenómenos relacionados con el cambio climático que afectan la productividad agrícola y el aumento en el costo de la energía, así como la sustitución de la producción de alimentos por biocombustibles. Las crisis económicas recurrentes y la influencia de los mercados de valores con compromisos de compras a futuro, también tienden a encarecer los alimentos básicos. Todo ello está limitando el acceso a una alimentación y a una nutrición seguras que permita vivir de una manera productiva y saludable, en especial a los más pobres (77, 78).

Hay evidencias de que el **cambio climático** podría provocar una elevación paulatina del nivel del mar; olas de calor, huracanes y tormentas más intensos; severas inundaciones y sequías, y deterioro en la calidad del aire en los entornos urbanos, así como un agravamiento de enfermedades transmitidas por vectores y a través del agua. Podría además incidir negativamente en la producción y el acceso a los alimentos, provocando también desplazamientos y migraciones poblacionales con efectos sociales importantes. Todos estos factores entrañan un gran potencial como causantes de propagación inesperada de enfermedades (79).

Numerosos países de la Región son signatarios de múltiples acuerdos, convenios y tratados internacionales orientados a preservar el medio ambiente, a la vez que relevantes para la salud humana. En su mayoría estos instrumentos son voluntarios, pero hay otros que en cambio son vinculantes. No obstante, su implementación por el sector salud ha sido muy limitada (80). Algunos proyectos vinculados a la iniciativa denominada “**economía verde**” pueden contribuir a frenar las emisiones de gases de efecto invernadero generados en los diferentes sectores productivos, y con ello mejorar la calidad del ambiente y la salud pública mundial (81). Sin embargo, su implementación no está exenta de debates en asuntos críticos como la transferencia de innovaciones, tecnologías y el respeto de la soberanía nacional sobre sus recursos nacionales, entre otros (82).

## PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO

Todos los países de la Región están atravesando diferentes fases del cambio **epidemiológico** (12). A nivel regional, los datos del trienio 2007–2009 indican que 76,4% de las defunciones fueron causadas por enfermedades no transmisibles, 12,5% por transmisibles y 11,1% por causas externas, con variaciones entre países (2).

En ALC, los países encaran un complejo panorama epidemiológico (83) caracterizado por una triple carga de enfermedad. En primer término las enfermedades crónicas, que además de su elevada mortalidad, conllevan cargas caracterizadas por agudizaciones recurrentes y discapacidades crecientes que ejercen una gran presión sobre los servicios de salud. En un segundo lugar se hallan las enfermedades infecciosas, cuya mortalidad está en descenso pero siguen registrando tasas elevadas de morbilidad, sobre todo en los menores de cinco años; esto además de la importante demanda de servicios generada por algunas enfermedades endemo-epidémicas insuficientemente controladas. En tercer lugar se encuentra la cada vez mayor carga de enfermedad ocasionada por causas externas, resultando en una demanda importante de servicios asistenciales, en particular los de urgencias.

En cuanto a las **enfermedades prevenibles por vacunación**, entre 2006 y 2011 los programas de inmunización de las Américas lograron enormes avances: alrededor de 174.000 muertes infantiles son prevenidas anualmente (84). La Región ha sido líder a nivel mundial en la eliminación o reducción de enfermedades prevenibles por vacunación. Fue la primera en erradicar la viruela (1971) y en eliminar la polio (1991). El último caso endémico de rubéola ocurrió en 2009. A su vez, el último caso endémico de sarampión se notificó en 2002, pese al reciente registro de algunos brotes aislados de esta enfermedad asociados con la importación de casos de fuera de la Región (85). Las coberturas de vacunación promedian 93% entre los niños menores de un año de edad. La difteria, el tétanos y la tos ferina se han reducido significativamente (86).

En la actualidad existen vacunas dirigidas a todos los miembros de la familia y la comunidad. La introducción de vacunas antirrotavíricas y antineumónicas en ALC se ha venido realizando casi en paralelo entre los países más y menos desarrollados de la Región (87). Se prevé que durante los próximos años habrá nuevas vacunas disponibles. También se anticipa que estas nuevas vacunas serán en general más caras que las tradicionales, lo que demandará reforzar los mecanismos existentes de negociación

colectiva para garantizar el acceso a precios más bajos, con la finalidad de asegurar el acceso a las mismas y evitar inequidades (88). A diferencia de lo que ocurre en otras regiones, en ALC el 95% de las compras de vacunas se hace con recursos nacionales (89). El Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas de la OPS ha jugado un papel importante para asegurar que los países tengan acceso a vacunas de calidad, y a precios únicos y muy competitivos (90). A pesar de que las coberturas nacionales para vacunas infantiles en promedio superan el 90%, más de 40% de los más de 15.000 municipios de América Latina no logran coberturas que alcancen o superen el 95%. La Semana de Vacunación en las Américas, una iniciativa nacida en la zona andina en 2003 (91), se ha transformado en la bandera de lucha de la Región en pos de la equidad y el acceso a la vacunación (92). A lo largo de los últimos nueve años, durante las campañas realizadas en el marco de la Semana de Vacunación de las Américas, fueron vacunadas más de 365 millones de personas de todas las edades. Más aún, en 2012, todas las regiones de la OMS se han unido para celebrar en el mes de abril la Primera Semana Mundial de la Inmunización (86). En 2010, la tasa de incidencia de **tuberculosis** en Estados Unidos fue de 3,6 por 100.000 habitantes, la más baja registrada desde 1953. Aun cuando se trató de una incidencia muy baja, afectó con mayor fuerza a los diversos grupos étnicos: 22,4 en asiáticos, 7 en afroamericanos, 6,5 hispanos y 0,9 en caucásicos (93). En tanto en ALC, aunque las tasas de prevalencia y mortalidad por tuberculosis continúan descendiendo de manera constante, éstas aún son elevadas (94). De acuerdo a estimaciones de la OMS, entre 1990 y el 2009 la prevalencia disminuyó de 97 a 38 casos por 100.000 habitantes y la mortalidad de 8 a 2,1 por 100.000. Sin embargo, el progreso individual de los países no ha sido uniforme, situación que demanda acciones focalizadas en vigilancia, prevención y control, principalmente de casos con resistencia a múltiples drogas, y en el manejo de la coinfección con el VIH. El comportamiento de la tuberculosis a nivel regional refleja y es un indicador de las grandes diferencias entre –y al interior de– los países.

La **malaria** es todavía endémica en 21 países. Con respecto al año 2000, en 2009 ALC reportó una reducción de 52% en el número de casos y de 68% en cuanto a las defunciones. Casi 90% de los casos reportados en ALC son provenientes de los países endémicos de América del Sur, sobre todo de poblaciones próximas a la cuenca del Amazonas. Considerando la tendencia descendente de la malaria, se espera que los programas de control comiencen a orientarse hacia la eliminación de esta enfermedad (95).

El **dengue** es una enfermedad de creciente importancia para la salud pública de la Región, con picos epidémicos que se repiten cada tres a cinco años. Los cuatro serotipos (DEN-1, DEN-2, DEN-3 y DEN-4) están circulando en varios países de la Región, lo que favorece la aparición de formas graves. Entre 2006 y 2010, en las Américas se reportaron cerca de cinco millones de casos, de los cuales alrededor de 3% fueron graves, con una letalidad media de 1,6% (96, 97). El control del principal vector –*Aedes aegypti*– continúa siendo el foco principal de la estrategia contra el dengue. Nuevas alternativas, sustentadas en estrategias ecosistémicas de participación comunitaria (98) y de vigilancia entomológica, son objeto de investigación operativa (99). Asimismo, se prevé que en el futuro próximo se contará con una vacuna contra los cuatro serotipos del dengue. Por ello, se están realizando análisis comparativos que permitan combinar de la manera más costo-eficiente los programas de vacunación y las estrategias integrales de control vectorial, considerando la importancia del *Aedes aegypti* como vector de la fiebre amarilla y de Chikungunya (100).

Las llamadas **enfermedades desatendidas** son un reflejo de las inequidades que afectan a diferentes grupos poblacionales en ALC. En términos estratégicos se trata de un binomio. Por un lado, como un conjunto de patologías de la pobreza que hacen parte de la agenda inconclusa de la salud, y por el otro, de **poblaciones desatendidas** que viven en situaciones de gran marginalidad. Afortunadamente, durante los últimos años la lucha contra estas enfermedades cobró mayor importancia y se han registrado avances importantes en la reducción de varias de ellas, en particular de lepra, enfermedad de Chagas, oncocercosis, tracoma y geohelmintiasis. Otras en cambio, como la filariasis y la leishmaniasis, se han expandido. Estimaciones recientes señalan que en la Región las enfermedades desatendidas exceden en carga de enfermedad a la malaria o la tuberculosis (101). Para avanzar hacia la eliminación de este conjunto de patologías, será necesario aumentar la capacidad diagnóstica y resolutoria de la atención primaria; mejorar la producción y calidad de los datos epidemiológicos que permitan focalizar las intervenciones, y asegurar la producción y abastecimiento de los medicamentos necesarios (102, 103, 104, 105, 106, 107).

La incidencia de la **rabia** en las Américas ha decrecido en forma continua y está próxima [la meta de eliminación de esta enfermedad en la Región](#). En algunos países se registran brotes de rabia humana transmitida por animales silvestres, entre los cuales los

más importantes son los murciélagos hematófagos (108). La **leptospirosis** es endémica en toda la Región, con brotes ocasionales en varios países, particularmente post inundaciones (109). Persiste el desafío de mejorar la vigilancia epidemiológica de otras zoonosis, como la **brucelosis** y la **hidatidosis**.

Las interacciones entre humanos, animales silvestres y domésticos crean condiciones propicias para la transferencia de patógenos entre especies de relevancia para la salud pública. Cerca de 70% de los eventos considerados como potenciales emergencias en salud pública en la Región están relacionados con la interfase animal-humano. Los impulsores antropogénicos, el contexto ambiental y social, y los sistemas productivos por sí solos no son suficientes para explicar la compleja trama de interacciones epidemiológicas. Una nueva forma de tratar de analizar estos desafíos se basa en los principios de “una sola salud”, donde concurren y se interrelacionan los análisis de riesgo vinculados con la salud humana, la animal y la ambiental (109, 110).

La creciente interdependencia global, caracterizada por el incesante aumento de los viajes y del comercio, así como de otros factores emergentes, ha hecho que la seguridad sanitaria mundial y nacional sea una responsabilidad colectiva. Las fronteras ya no constituyen la primera línea de respuesta para contener **enfermedades con potencial epidémico** y otros eventos con posibles consecuencias de salud pública. Una exitosa y eficiente aplicación del **Reglamento Sanitario Internacional (RSI)** (111) dependerá, cada vez, más del fortalecimiento de los sistemas de vigilancia a nivel nacional y subnacional para la detección temprana y la respuesta inmediata en la fuente de cualquier riesgo que amenace la salud pública nacional e internacional. Incluso reconociendo el esfuerzo hecho por los países para mejorar los planes de acción y fortalecer sus capacidades, 27 países de la Región han solicitado postergar el plazo establecido (junio de 2012) por la Asamblea Mundial de la Salud (112).

En 2008 se registró un brote de **fiebre amarilla** en Paraguay con 28 casos y 11 muertes; 9 de los casos ocurrieron en el área metropolitana de Asunción. Para la contención de ese brote se aplicaron 3,6 millones de dosis de vacuna contra la fiebre amarilla. Uno de los desafíos, aún no totalmente superado, es la producción en cantidad y calidad necesaria de la vacuna contra la fiebre amarilla (113).

La **influenza H1N1**, iniciada en México en abril de 2009, fue la primera pandemia del siglo XXI (114). Desde entonces, a lo largo de 16 meses se registraron al menos

600.000 casos y más de 18.000 muertes en todo el mundo. En las Américas ocurrieron más de 190.000 casos y 8.500 defunciones, provocando una inmensa demanda de servicios de salud. (115). Durante esta pandemia se aprendieron lecciones importantes, entre ellas cómo mejorar la vigilancia epidemiológica, la capacidad de los laboratorios, el manejo clínico de los casos severos y la preparación de planes y de respuesta operativa, incluyendo la participación de la sociedad y la coordinación con los sectores productivos y de servicios. La producción de vacunas contra la influenza H1N1 significó lidiar con asuntos regulatorios no tradicionales. Como nunca antes, los países debieron enfrentar a los grupos antivacunas y a múltiples falsos rumores sobre eventos adversos que se difundían rápidamente a través de Internet y medios sociales (116). La logística para la distribución de 350 millones de dosis de vacuna fue un verdadero desafío, como lo fueron también la producción y la distribución oportuna de millares de tratamientos antivirales (117).

En octubre de 2010 se confirmó en Haití la primera epidemia de **cólera** después de más de cien años de que la isla de La Hispaniola se había librado de esta enfermedad. En cinco semanas el cólera se había extendido en todo el país, debido a condiciones deficitarias de saneamiento y de acceso al agua potable, sumadas a la destrucción de infraestructura ocasionada por el terremoto de enero de ese mismo año. Poco tiempo después la República Dominicana también fue afectada. Al cumplirse el primer año de la epidemia, en Haití se habían registrado cerca de 500.000 casos y 7.000 defunciones (118) En tanto, en República Dominicana la epidemia ha sido de menor intensidad y concentrada en los departamentos fronterizos y en zonas periféricas a las grandes ciudades, llegándose a notificar cerca de 21.000 casos con 363 defunciones (119, 120).

Entre 2001 y 2009, la tasa estimada de nuevas infecciones por VIH en ALC disminuyó de 22,5 a 18,6 por 100.000 habitantes. A su vez, en América del Norte las tasas de nuevas infecciones anuales se han mantenido estables al menos durante los últimos cinco años. Todos los países de la Región han implementado políticas y programas de acceso gratuito a tratamiento antirretroviral (TAR). Las muertes por sida y la transmisión vertical continúan declinando, gracias al acceso universal al tratamiento antirretroviral y a medidas preventivas dirigidas a la mujer embarazada. ALC ha estado a la cabeza entre las regiones de países de medios y bajos ingresos en la cobertura de TAR. Se estima que aun cuando (en 2009) 475.000 personas de esta región

recibieron TAR (lo que representa un incremento de 128% con relación a 2003), la brecha de cobertura de TAR persiste y el número de nuevas infecciones aún supera con creces al número de personas en tratamiento (121). Diversos estudios indican que entre 21% y 50% de las personas con VIH en las Américas no saben que están infectadas. Se estima que hay unos 250.000 jóvenes (15–24 años) que viven con VIH (121). En la Región, durante el período 2007–2009, el gasto público destinado a la prevención y control del VIH representó entre 45% y 97% del financiamiento total orientado al combate de esta epidemia (122). Los últimos avances científicos demuestran que el acceso al tratamiento es también una eficaz herramienta que contribuye a la prevención y al control de esta patología (123). Se estima que cada año ocurren unos 89 millones de nuevos casos de **infecciones de transmisión sexual** (ITS) entre las personas de 15 a 49 años en la Región de las Américas (124). Las ITS afectan a uno de cada 20 adolescentes cada año. De los países de la Región, varios han alcanzado tasas compatibles con la eliminación de la sífilis congénita como problema de salud pública, entre ellos Canadá, Chile, Cuba y Estados Unidos. Su eliminación sólo se concretará cuando se logre acceso universal a una atención primaria de salud con mayor y mejor capacidad resolutoria, una mejora en los sistemas de información y la revitalización de las políticas públicas para la prevención y tratamiento de las ITS (124).

En la Región, el consumo de **drogas ilícitas** representa un grave y creciente problema de salud pública. Las más utilizadas son marihuana, cocaína y solventes volátiles, cuyo consumo entre adolescentes fluctúa entre 3% y 22% según los países. El desarrollo y la implementación de programas de control de drogas es un tema que aparece en forma prominente en la agenda de todos los países de la Región (125). En este contexto, en años recientes varios países han iniciado el debate sobre la posible despenalización del consumo de ciertas drogas y la búsqueda de otras alternativas de reducción de la demanda y atención a los adictos, que estén sustentadas en acciones de salud pública basadas en evidencias. (126)

Alrededor de 250 millones de personas en la Región padecen alguna **enfermedad crónica no transmisible** (ECNT). En 2007, 3,9 millones de personas murieron por ECNT, 37% menores de 70 años. Los riesgos compartidos para las ECNT son el consumo de tabaco, el uso nocivo de alcohol, la mala alimentación y la inactividad física (127, 128). Las **enfermedades cardiovasculares** (ECV) son la principal causa de muerte por ECNT (129). La hipertensión se suma a los otros factores de riesgo

comunes con las otras enfermedades crónicas. El 30% de las muertes prematuras por ECV ocurre en el quintil más pobre, mientras que sólo el 13% corresponde al quintil más rico. Las muertes prematuras por ECV son más frecuentes en hombres que en mujeres y se producen en el momento de mayor productividad de la vida, cuando el impacto económico y social es mayor (130).

Entre 2000 y 2007, la mortalidad por ECV en la Región disminuyó 19% (de 207,8 a 167,9 por 100.000 habitantes [tasas ajustadas en 2007]) con un comportamiento diferenciado por subregiones: en América del Norte el descenso fue de 25% (de 192,3 a 144,2) y en el Caribe no latino, 14% (de 296,4 a 254,9). En América Latina, a su vez, entre 2000 y 2009 la reducción también fue de 14% (de 229,9 a 191,4 por 100.000 habitantes). Si bien las reducciones observadas en América del Norte y América Latina fueron lineales y estadísticamente significativas, en el Caribe no latino el descenso fue estadísticamente significativo pero no lineal (131, 132).

Los **trastornos mentales** en ALC, aunque registran baja mortalidad, son responsables de cerca de 22% de la carga total de enfermedad expresada en años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) (12, 133). La depresión y los trastornos relacionados con el uso del alcohol ocupan los primeros lugares en esa carga (134). En la mayoría de los países se han producido avances importantes en términos de reforma de los servicios y protección de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales. Aun así, persisten varios desafíos, en particular el subregistro de casos y la brecha en el acceso al –y calidad del– tratamiento. Los países asignan menos de 2% de sus presupuestos en salud a la salud mental y el 67% de ese porcentaje se destina a los hospitales psiquiátricos (135).

Las **neoplasias malignas** en su conjunto constituyen la segunda causa de muerte en los países de las Américas. Los principales cánceres son los de pulmón, estómago, colon y mama. Su incidencia es mayor en países de baja y media renta, donde se suman además los de cérvix en mujeres y de próstata en hombres (129). La incidencia de neoplasias malignas depende de interrelaciones complejas entre factores biológicos, genéticos y estilos de vida, incluyéndose otros determinantes sociales como pobreza, educación, empleo, vivienda, transporte, contaminación y nutrición. Otro factor importante a considerar es si las exposiciones fueron voluntarias o involuntarias. El peso de cada uno de estos factores varía según el grado e intensidad de la exposición y los gradientes sociales. No siempre todos estos factores están suficientemente caracteri-

zados ni sus interconexiones bien establecidas (136). En las Américas, la mortalidad por tumores malignos está disminuyendo. Entre 2000 y 2007, las tasas de mortalidad por 100.000 habitantes ajustadas por edad cayó 8% (de 131,3 en 2000 a 121,3) (131, 132). Aplicando los conocimientos y la tecnología disponibles, se estima que pueden prevenirse entre 50% y 60% de las muertes por cáncer. Tal logro requiere que se encaren acciones múltiples a nivel regulatorio y cambios en estilos de vida a lo largo del curso de vida. Asimismo, la detección oportuna y el tratamiento efectivo son críticos para mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer (136).

La **diabetes** causa en la Región alrededor de 242.000 muertes anuales, de las cuales 22.000 (8%) se estima que son evitables, considerando que ocurrieron en personas menores de 50 años de edad (137). El comportamiento de la mortalidad entre países es diferente. Mientras la tasa de diabetes tiende a descender en algunos países (p. ej. Argentina, Canadá y Estados Unidos), en otros (p. ej. Cuba, Ecuador, El Salvador y México) la tendencia es ascendente. Es importante tomar en cuenta que, en muchos casos de muerte de personas diabéticas, la diabetes no se registra como causa básica de muerte sino otras enfermedades o complicaciones crónicas asociadas, como las enfermedades cardiovasculares o renales (138). Se proyecta que el número de personas con diabetes en las Américas se incrementará de 62,8 millones en 2011 a más de 91 millones en 2030. No obstante, este aumento podría ser menor si se fortalecen las medidas de prevención, se reduce la epidemia de obesidad y se obtienen mejores resultados en la atención sanitaria de las personas que ya padecen la enfermedad (139). Se ha reportado que en la Región de las Américas reducir el consumo de tabaco en 20% y la ingesta de sal en 15%, paralelamente al uso de una combinación de medicamentos apropiados en pacientes con alto riesgo de ECV, podría prevenir a un costo razonable hasta 3,4 millones de muertes a lo largo de 10 años (140). Este tipo de evidencias contribuyen a fortalecer las estrategias para que los países, bajo una rectoría bien informada de los ministerios de salud, continúen promoviendo políticas multisectoriales que estimulen la prevención basada en el autocuidado responsable del individuo y mejoren la disponibilidad de medicamentos esenciales.

A nivel regional está en curso un rápido e indeseado cambio en los hábitos de consumo de alimentos que impacta en amplios sectores de la población, especialmente en aquellos de menores ingresos y menos escolaridad (141). El elevado consumo de alimentos procesados de

alta densidad calórica, ricos en grasas, azúcares y sal, asociado con la disminución significativa en la ingestión de frutas y verduras, y una reducción de la actividad física, ha provocado una alarmante epidemia de **sobrepeso** y **obesidad**. Se estima que en la Región entre 50% y 60% de los adultos y entre 7% y 12% de los niños menores de cinco años –más un tercio de los adolescentes– tienen sobrepeso o son obesos (142). Más todavía, se prevé que esta cifra aumentará rápidamente y alcanzará los 289 millones para el 2015 (39% de la población total). En casi todos los países el problema es más marcado en las mujeres (143). Un análisis de 57 estudios prospectivos apunta a que cada 5kg/m<sup>2</sup> del índice de masa corporal (IMC) en exceso se asocia con un incremento de cercano a 30% de mortalidad (40% por ECV, 60%-120% por complicaciones asociadas a diabetes, 10% por cáncer y 20% por enfermedades respiratorias crónicas) (144).

Si bien la prevalencia de **desnutrición crónica** en la Región está disminuyendo, todavía persiste en algunos países, como Guatemala y Honduras, donde la mitad de los niños y un tercio de los niños, respectivamente, presentan déficit nutricional –la gran mayoría de ellos concentrados en el quintil más pobre de la población (145, 146). Esto constituye una enorme vulnerabilidad ante situaciones de desastres, como las sequías que afectan a las poblaciones rurales y aisladas con economía de subsistencia.

Aun reconociendo la disminución registrada en el consumo de **tabaco** en varios países, su prevalencia en la Región todavía asciende a 22%, muy cercana al promedio mundial (24%) (147). Las tasas más altas se presentan en América del Sur, donde alcanzan a 44% y 30% en hombres y mujeres, respectivamente (12). Veintinueve países de la Región han ratificado el Convenio Marco de Lucha contra el Tabaco (148). Dada la latencia entre la exposición y los efectos del consumo, se espera que los daños a la salud ocasionados por el tabaquismo en la Región sigan creciendo por lo menos durante las próximas dos a tres décadas (149). El consumo de **alcohol** en las Américas es un factor importante de riesgo de enfermedad y discapacidad y está asociado con al menos 5,6% de todas las muertes (150).

La Reunión Plenaria de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre las Enfermedades no Transmisibles, celebrada en Nueva York (Estados Unidos) en septiembre de 2011, representó un hito global y regional de la mayor trascendencia. La declaración política aprobada durante la reunión reconoce que las ECNT representan un enorme desafío para desarrollo socioeconómico de todos los países,

y que las alianzas intersectoriales que combinan recursos y competencias son una parte esencial de la solución. Esas alianzas deben incluir no sólo a los sectores del gobierno, sino también a organizaciones no gubernamentales, asociaciones profesionales, instituciones académicas y el sector privado (151). Varios países de la Región, entre ellos Argentina, Brasil, Canadá, México y Trinidad y Tabago, han establecido mecanismos nacionales de asociación multisectorial. La Alianza Panamericana por la Nutrición y el Desarrollo es otro mecanismo que permite poner en marcha programas intersectoriales para abordar el problema de la obesidad y las enfermedades no transmisibles (141).

En la Región, la mortalidad por **causas externas** es un problema creciente de salud pública que se ha concentrado principalmente en el grupo de 15 a 44 años de edad. Entre 2000 y 2007, las tasas de defunciones por causas externas en los hombres pasaron de 229,1 a 237,8 por 100.000 habitantes, mientras que en las mujeres –aunque con tasas menores– también registraron una tendencia al alza, pasando de 63,2 a 69,9 por 100.000 habitantes (152, 153).

La mayoría de las muertes se debieron a causas accidentales (37%), accidentes de tránsito (27%) y violencia (13%), mientras en el 23% restante se debieron a suicidios (10%), eventos de intención no determinada (9%) y otras (4%) (153). De continuar en esta dirección, para el 2020 los accidentes viales serán la tercera causa de carga de enfermedad. Para modificar esta tendencia, los países han adoptado medidas enfocadas en dos ejes de acción: generar un cambio estructural en la seguridad vial con una visión a largo plazo y con un fuerte compromiso de todos los actores –que supere las respuestas aisladas y fragmentadas– y proponer objetivos, metas y plazos para reducir los accidentes, incluyendo el desarrollo de indicadores que permitan evaluar en forma sistemática los progresos alcanzados. Colombia, Costa Rica y Estados Unidos son tres ejemplos exitosos de este enfoque (154).

Un cuarto de los 600.000 homicidios anuales que ocurren en el mundo tienen lugar en la Región, y la frecuencia es 10 veces mayor en hombres que en mujeres (12). Hay en estos eventos un marcado gradiente social definido por la educación. La mitad de los homicidios se concentran en el quintil más bajo de escolaridad de la población adulta masculina –73 veces en exceso cuando se compara con el quintil de escolaridad más alto (152).

Las principales causas de la violencia se asocian, entre otros factores, con las inequidades sociales prevalentes, el desempleo, el aumento en la densidad de población y la

segregación urbana, donde coexisten la riqueza y la pobreza extrema. El crecimiento del narcotráfico y del crimen organizado también está contribuyendo a que esta nueva epidemia del siglo XXI sea de la mayor gravedad (155). Los gastos provocados por la violencia consumen los presupuestos de los sectores sanitario, social y judicial, por los costos relacionados con el tratamiento de sobrevivientes y la aprehensión de agresores. El Banco Interamericano de Desarrollo (BID) estima que los costos económicos de la violencia tan solo en América Central son de US\$ 6.500 millones, equivalentes al 8% de PIB anual de la subregión. La mitad de estos costos se relacionan con la salud. La violencia también les resta poder a las personas, erosiona la cohesión social y, al infundir temor y restringir la capacidad de los ciudadanos de trasladarse con seguridad, limita además la capacidad de la sociedad para construir alianzas y movimientos que podrían fortalecer la democracia (156). En la Región viven entre 140 y 180 millones de personas con alguna **discapacidad** que limita sus habilidades personales y su calidad de vida (157, 158). El número de personas con discapacidad va en aumento debido al crecimiento demográfico, el envejecimiento de la población y el incremento de las enfermedades crónicas, además de accidentes, desastres y otros hechos violentos, hábitos alimentarios y abuso de sustancias. La ceguera e impedimento visual son una discapacidad frecuentemente relacionada con la pobreza y la marginalidad. Se estima que en zonas rurales hasta 88% de los casos de ceguera son curables, como es el caso de la catarata no operada (159).

## SISTEMAS DE SALUD

Una de las características de los sistemas de salud de la Región de las Américas es su segmentación, representada por distintas formas de financiamiento y afiliación. Otra es que la oferta de servicios de salud es fragmentada, con una multiplicidad de diferentes instituciones, establecimientos o unidades no integradas como parte de la red asistencial. Tanto la segmentación como la fragmentación aumentan la inequidad en el acceso y reducen la eficiencia en la atención y la gestión de los servicios (160).

Las razones de fondo de esta segmentación y fragmentación son complejas, y con frecuencia reflejan factores sistémicos de tipo social, político y económico que se han acumulado a lo largo de la historia y que se han transferido entre generaciones. En este contexto, los servicios se convierten en un importante determinante de la salud, porque tienen el potencial de contribuir a

mejorar la equidad en la medida en que avancen hacia una cobertura universal, financiada con recursos públicos progresivos que reduzcan al mínimo los gastos de bolsillo y eliminen prácticas discriminatorias y diferencias en la calidad de sus prestaciones (41).

Durante los últimos años, los países de la Región han hecho progresos hacia la **universalización de los sistemas de salud**, a través de reformas y cambios en las políticas, resaltando el derecho a la salud. Aun así, persisten varios desafíos, en particular cómo avanzar hacia una cobertura integral de los servicios, reducir copagos y otros gastos de bolsillo y garantizar que las prestaciones sean similares para toda la población. Quedan además otros importantes retos, entre ellos mejorar la calidad de la atención y adecuar la capacidad de respuesta de los servicios a la demanda (161). Muchos de estos procesos continúan inconclusos y requieren ser fortalecidos (83, 161).

La Región conmemoró los 30 años del lanzamiento de la estrategia de la **atención primaria de la salud (APS)** y de la meta de Salud para Todos (162, 163, 164). En el marco de estas celebraciones, se reafirmó la importancia de hacer efectiva la implementación de los valores y principios de la estrategia de la APS, incluyendo su abordaje integral y multisectorial. Sin embargo, en algunos países de la Región, la práctica de la APS se ha reducido a servir como un primer nivel de atención enfocado en tareas asistenciales, frecuentemente orientadas a los grupos de menor ingreso, con acciones promocionales y preventivas limitadas y cuya capacidad de respuesta se ve agravada en momento de crisis sanitarias (165).

Resulta alentador que varios países de la Región estén en diferentes etapas de desarrollo tratando de que la APS sea una parte sustancial de la renovación del modelo de salud y que no se limite a aumentar los recursos para “seguir haciendo más de lo mismo”. Se trata de que la APS sea uno de los componentes de una red de servicios, mejor adecuada para dar respuesta a las nuevas demandas generadas por los cambios demográficos, epidemiológicos, sociales, tecnológicos y culturales, entre otros (165, 166).

El período reciente se ha caracterizado por un dinamismo sostenido en el desarrollo de políticas, estrategias y planes de **recursos humanos**, aproximando políticas globales, regionales y nacionales. En la Región ha surgido un amplio consenso sobre el rol rector de la “autoridad sanitaria” en materia de recursos humanos, el cual por una parte implica buscar una coherencia estratégica en la organización de los sistemas y servicios de salud, y por la otra construir una relación esencial con

las instituciones formadoras. En más de un caso, el resultado más destacado ha sido una expansión efectiva de la cobertura a través de equipos multi-profesionales de salud familiar y comunitaria, responsables de una población y de un territorio definidos, tanto en zonas rurales, como urbano-marginales o de difícil acceso (167, 168).

Aun considerando los avances en la materia, los países de la Región no han logrado una composición ni una distribución adecuada de su fuerza de trabajo en salud. Queda todavía el crítico desafío de mejorar la gobernanza con el sector educativo para intentar reducir algunas de las incoherencias y desequilibrios prevalentes. Además, se mantiene una jerarquización excesiva entre las distintas categorías profesionales, cuyas prácticas colaborativas son deficientes (169, 170). En algunos países, las reformas y los programas enfrentan problemas estructurales difíciles de superar. La emigración masiva de personal de salud, frecuentemente de graduación reciente, procedente de los países del Caribe es un claro ejemplo (171).

En Estados Unidos, en 2009 trabajaban más de 15 millones de personas en el sector salud, representando el 11% del total de la fuerza laboral del país (172), incluidos 784.000 médicos –305.000 dedicados al primer nivel de atención. Sin embargo, se anticipa que para cumplir la “Ley del Cuidado de la Salud a Bajo Precio” para el 2015, habrá un déficit de médicos cercano a los 63.000, con un agravamiento creciente hasta 2025 (173).

Históricamente, en ALC ampliar la cobertura de los servicios de salud ha sido el principal objetivo en varios de los países. Sin embargo, la evidencia indica que la **calidad de la atención** es central para mantener y mejorar la salud de los individuos y de las poblaciones (174).

Durante el período 2005–2010, en ALC el **gasto total en salud** como porcentaje del PIB pasó de 6,8% a 7,3% (175, 176). Para el mismo período, el **gasto público en salud** en esta región se incrementó de 3,3% a 4,1% del PIB, mientras que en Canadá lo hizo de 7,1% a 8,4% (177) y en Estados Unidos de 6,4% a 8% (178). También durante el mismo período, el **gasto privado en salud** en ALC se redujo de 3,5% a 3,2% del PIB (175, 176). En 2010, el **gasto total en salud per cápita** varió entre US\$ 90 en Bolivia a US\$2.711 en las Bahamas (176), US\$5.499 en Canadá (177) y US\$ 8.463 en Estados Unidos (178). El nivel de gastos de salud relacionados con bienes y servicios en Estados Unidos fue de más de ocho veces el promedio de ALC (176).

Aunque el gasto per cápita es relevante, no hay una relación lineal entre su monto y los resultados en salud (166). Hay otras variables que también tienen un gran

peso, entre ellas las políticas de protección social (o la falta de ellas), la gestión y organización del sistema de salud, el alcance de los programas de salud pública y las acciones de promoción de la salud, y la reglamentación del mercado de salud (174).

Los **desembolsos directos de bolsillo** han tenido un efecto empobrecedor en los hogares. Las experiencias indican que la cobertura universal y la mancomunación de fondos constituyen las mejores opciones para la protección financiera de las familias ante situaciones de gastos médicos catastróficos (174). En Estados Unidos, entre el 2000 y el 2008, el costo de las pólizas de seguro de salud se elevó en un 72%, afectando financieramente tanto a empleadores como empleados. Los gastos de bolsillo crecieron 44% (179). En 2010, los gastos incurridos por personas con ECNT representaron alrededor de 75% de los gastos en salud (180). Los hospitales, con 1% de las instalaciones en salud, gastaron 35% del presupuesto (181). Asimismo, como resultado de la crisis económica, la población sin seguro de salud en este país pasó de 15,4% en 2008 a 16,7% en 2009 (46,3 y 50,7 millones, respectivamente) (182).

Si bien durante los últimos cinco años los países de ALC han avanzado en la formulación e implementación de **políticas farmacéuticas**, son pocos los países que las han actualizado (183). La incorporación de los **medicamentos** como parte de las garantías en salud es un elemento crítico para asegurar en la práctica el acceso universal a los servicios de salud. En 2008, se estimó que el gasto de bolsillo per cápita anual promedio de ALC en medicamentos fue de US\$ 97, con un rango de US\$ 7,50 en Bolivia a más de US\$ 160 en Argentina y Brasil. El uso de medicamentos genéricos en la Región no ha avanzado como fuera deseable, en parte por la falta de incentivos y marcos regulatorios apropiados (183, 184).

## GESTIÓN DE DESASTRES Y ALERTAS SANITARIAS

En el período 2006–2010, casi la cuarta parte del total de desastres en el mundo tuvieron lugar en las Américas (442 de 1.915) y los 48 millones de personas afectadas por esos desastres en la Región representaron el 5% de la población total (904 millones) afectada por desastres globalmente. El impacto económico de los desastres en la Región superó los US\$ 157.000 millones, equivalente a 34% de las pérdidas globales, y más de la mitad de ese

costo fue ocasionado por tormentas tropicales (US\$ 87.698 millones) (185).

Frente a emergencias de gran magnitud, para salvar vidas es necesario conservar el funcionamiento efectivo de los servicios de salud esenciales. Entre 2000 y 2009, más de 45 millones de personas en las Américas quedaron sin atención de salud durante meses, y a veces años, debido a los daños causados directamente por un desastre (186). En este sentido, los hospitales seguros deben ser garantizados por un esfuerzo intersectorial (187). Fueron, sin embargo, tres grandes eventos los que marcaron en años recientes a la Región: en 2009, la rápida diseminación de la pandemia de influenza A (H1N1) y la incertidumbre sobre la magnitud de su posible impacto, y en 2010, el terremoto devastador que afectó severamente Haití, seguido de la epidemia de cólera en La Hispaniola.

En la mayoría de los casos, los países son ahora capaces de responder de manera autosuficiente ante desastres menores, aunque la ayuda externa será siempre necesaria en casos de desastres de gran magnitud. Con posterioridad al terremoto en Haití, una lección aprendida fue que, para mejorar las futuras actividades de socorro en los países de bajos ingresos, la comunidad internacional debe ayudar a fortalecer la capacidad de coordinación del gobierno como parte del apoyo a la reducción de riesgos y a los preparativos para casos de desastre (188). Haití sigue necesitando la solidaridad internacional y que se cumplan los compromisos asumidos porque, a dos años del terremoto y de la epidemia del cólera, todavía persiste el desafío de reconstruir el país.

## INFORMACIÓN, INVESTIGACIÓN Y TECNOLOGÍA EN SALUD

Los países de la Región presentan una amplia heterogeneidad en cuanto a la cobertura y la calidad de sus **sistemas de información en salud** (SIS). Un estudio realizado en 2008 señaló que, en materia de cobertura, 7 de 26 países han mejorado sus registros sobre sus estadísticas vitales, con un alcance superior a 85% a nivel nacional, en tanto que 7 países sólo registran cerca de 50% de esos eventos, o sea que inscriben 1 de cada 2 nacimientos o defunciones. En cuanto a la calidad de los datos, de los países estudiados, 19 (59%) presentaron buena calidad y 7 (22%) pobre o muy pobre calidad. Dos países de América Central y 14 del Caribe fueron

excluidos del análisis debido a las serias limitaciones en la disponibilidad de datos de mortalidad (189).

En el caso de la mortalidad infantil y materna, el análisis de los datos disponibles expone diferencias en las formas de medir un mismo indicador. También en las estadísticas de morbilidad, recursos y servicios hay grandes diferencias que restringen su comparabilidad. Dada la relevancia de estos temas, persiste la necesidad de invertir para mejorar la generación, cobertura y calidad de los datos, así como la capacidad para su análisis (189).

A nivel global, en años recientes se han logrado desarrollos significativos en materia de generación de **información** y de **conocimientos** resultantes del creciente número de proyectos de investigación, así como de la expansión en el uso de tecnologías y de redes de información. Las evidencias resultantes han permitido innovar políticas y mejorar los contenidos programáticos, tanto para prevenir y controlar enfermedades como para ampliar los alcances de la promoción de la salud.

La denominada Web 2.0 (Web social), con la filosofía de empoderar al ciudadano, ha permitido que los usuarios tengan la posibilidad de movilizar en tiempo real opiniones y experiencias a través de espacios colaborativos en Internet (p. ej. Facebook, LinkedIn, Twitter o YouTube). Aun así, la brecha digital sigue siendo uno de los principales problemas en la Región de las Américas. Limitaciones socioeconómicas, la constante innovación tecnológica, la escasa infraestructura necesaria y la falta de alfabetización digital son algunos de los principales factores que han contribuido a profundizar esta brecha (190).

Un ejemplo exitoso ha sido la **Biblioteca Virtual en Salud** (191), con presencia en más de 30 países de la Región, intermediando el acceso y el uso de información científica y técnica en las más diversas esferas de interés del campo de la salud, desde la enseñanza, la promoción y la atención, hasta la formulación y la evaluación de políticas e intervenciones basadas en evidencias. Asimismo, se destaca el uso creciente de LILACS en las revisiones sistemáticas registradas en la base Cochrane, que en 2011 representó el 18% del total de las revisiones (192).

Estudios bibliométricos realizados entre 1996 y 2010 sobre la producción científica en todas las categorías a nivel mundial mostró que sólo cinco países de la Región figuraron entre los primeros 50 lugares y de acuerdo al siguiente orden: 1.º Estados Unidos, 7.º Canadá, 15.º Brasil, 28.º México y 36.º Argentina. En temas relacionados con medicina, el orden fue 1.º

Estados Unidos, 7.º Canadá, 16.º Brasil, 31.º México y 47.º Cuba, mientras que en temas relacionados con la bioquímica, genética y biología molecular el orden fue 1.º Estados Unidos, 8.º Canadá, 17.º Brasil, 29.º Argentina y 32.º México. Al analizar la producción en temas relacionados con la epidemiología, el número de países de la Región incluidos dentro de los primeros 50 creció a 7 de acuerdo con los siguientes resultados: 1.º Estados Unidos, 3.º Canadá, 17.º Brasil, 30.º México, 35.º Chile, 44.º Colombia y 47.º Costa Rica (193). Entre 1960 y 2010, el número de publicaciones en ALC en temas relacionados con la epidemiología ha tenido un crecimiento sostenido de 20% por década. Brasil, México, Argentina y Chile en conjunto produjeron 65% de las casi 47.000 publicaciones indexadas a través de MEDLINE (12).

En la mayoría de los países de ALC, la investigación en temas afines con la salud pública y la epidemiología dependen en gran medida de apoyos financieros externos, tanto para iniciar como para sustentar proyectos de investigación de largo plazo. Estos financiamientos han estimulado proyectos de investigación Norte-Sur. La diáspora de investigadores de ALC es otro de los temas insuficientemente analizados (12, 194).

A pesar de las limitaciones y diferencias en la disponibilidad de recursos entre los países, ALC cuenta con investigadores altamente calificados e interesados en promover proyectos de cooperación Sur-Sur. Las similitudes culturales, idiomáticas y en los desafíos favorecen estos intercambios. Iniciativas como SciELO (Scientific Electronic Library on Line), creada en 1997, ofrecen acceso abierto a publicaciones de revistas seleccionadas en español, portugués e inglés, y han contribuido a mejorar la visibilidad de la producción científica latinoamericana, además de facilitar el intercambio de información y la generación de proyectos de investigación compartidos. Brasil y Cuba, por ejemplo, han logrado experiencias exitosas en la ejecución de proyectos de colaboración Sur-Sur sobre temas relacionados con el desarrollo de biotecnología que han beneficiado a ambos países (12).

En general, los proyectos de investigación y desarrollo en los diferentes campos de la salud responden principalmente a necesidades establecidas por los mercados. En ALC, **entre 2005 y 2010 el número de ensayos clínicos nuevos aumentó 14 veces, pasando de 51 a 732 respectivamente** (195). Si bien tal crecimiento representa un notorio avance, hará falta estimular también otro tipo de proyectos, en especial aquellos que ayuden a cerrar brechas de conocimientos en temas que hayan sido

priorizados en función de las necesidades de la salud pública regional.

En vista de las limitaciones imperantes y con el afán de reducir brechas, será necesario continuar impulsando el desarrollo de proyectos de investigación compartidos, sustentados en protocolos internacionalmente reconocidos. También será preciso intensificar la interrelación entre investigadores y tomadores de decisión en la forma más amplia y estrecha posible, haciendo uso de las tecnologías de comunicación disponibles en acceso abierto. A su vez, la inversión en investigación en salud debería incrementarse, considerando una mayor participación público-privada (196).

Dentro de una realidad globalizada en expansión, es fundamental asegurar el acceso a bienes públicos mundiales en temas como el medio ambiente, la salud, la cultura y la paz. En ese contexto, el libre acceso a la información y a los conocimientos es esencial (197). Robustecer las capacidades en investigación es una de las propuestas más costo-efectivas y sostenibles para promover efectivamente la salud y el desarrollo (198).

Varios países de la Región han mejorado la selección e integración de **tecnologías sanitarias** en función de sus necesidades nacionales y en base a estudios de costo-efectividad. Adicionalmente, en forma colectiva los países han establecido redes que promueven evaluaciones conjuntas e intercambios de información en la materia (199). Considerando el permanente proceso de innovación tecnológica, este tipo de redes serán cada vez más estratégicas para brindar oportunamente el mejor sustento científico y técnico a nuevas generaciones de políticas y regulaciones sobre uso y aplicación de tecnologías sanitarias.

El comercio de productos sanitarios está directamente relacionado y regulado por las diferentes disposiciones incluidas en las negociaciones y Acuerdos sobre Derechos de Propiedad Intelectual (ADPIC) (200). Dentro de este marco legal, y con la finalidad de preservar los intereses de la salud pública, se adoptaron varios mecanismos, consignados como flexibilidades de los acuerdos ADPIC, de forma tal que los países que no tienen una capacidad productiva instalada puedan encontrar soluciones para tener acceso a insumos para la salud (201). Aunque en los últimos años las negociaciones y el cabildeo trascendieron las decisiones y acuerdos adoptados inicialmente en Doha (202), los intereses de la salud pública, en cuanto al acceso a medicamentos y tecnologías, fueron rescatados por nuevas iniciativas, sobre todo a través de la Estrategia Global y Plan de Acción de la

OMS sobre Propiedad Intelectual, Salud Pública e Innovación (203), que garantiza un cierto equilibrio en las negociaciones sobre el tema (204).

## ÉTICA, DERECHOS HUMANOS Y SALUD

Los temas éticos y la salud son de la mayor relevancia y evolucionan permanentemente en la medida en que se renuevan paradigmas y se extienden los límites del conocimiento y de la tecnología. Los países de la Región han hecho algunos progresos en este campo, sobre todo en asuntos básicos a través de la instalación de “comités de ética”, cuya misión ha sido emitir las normas que garanticen los derechos y la salvaguarda de la vida de los individuos, particularmente los más vulnerables, evitando incurrir en riesgos innecesarios asociados con proyectos de investigación clínica y de práctica médica. Sin embargo, hay muchos otros desafíos que siguen requiriendo mayor atención.

Uno de los temas emergentes es el relacionado con el uso de los recursos disponibles para la salud, partiendo del principio de que los recursos siempre son limitados y las necesidades ilimitadas. Por tanto, es fundamental maximizar sus beneficios. Este tema ha dejado de ser exclusivo de la justicia redistributiva y se ha convertido en uno de naturaleza ética. La forma como se seleccionan las prioridades y como se decide a qué grupos de personas se les otorgarán beneficios por encima de otros, son algunos de los debates éticos que no pueden ser ignorados. La proporción de los fondos que se comprometen en acciones básicas y en la atención terciaria es un dilema permanente. La equidad en la distribución de los recursos es compleja y no está exenta de controversias. Los principios de eficiencia, equidad y ética a veces no coinciden (205).

Otros asuntos en discusión son los relacionados con la “muerte digna” en casos terminales e irreversibles, así como los resultantes de las innovaciones tecnológicas y su aplicación a nivel individual y colectivo, y que generan nuevas incertidumbres (206). Los avances en la genómica, la proteómica y la biología celular, que por momentos parecen desafiar a las leyes de la evolución, son sin duda acontecimientos relevantes, cuyo potencial incluye desde la generación de nuevos agentes terapéuticos individualizados, basados en los perfiles genéticos y metabólicos propios de cada paciente, hasta el uso de células madre que puedan reemplazar tejidos y órganos (207). Estas innovaciones, entre otras, si bien prometen grandes

mejoras en la efectividad de los tratamientos, también pueden encarecer los servicios, además de generar desafíos para su regulación. Surgen nuevos dilemas sobre la equidad en el acceso a estos beneficios potenciales cuya discusión es compleja y por momentos paradójica: por un lado, el mundo necesita de las innovaciones para seguir avanzando, pero por el otro persiste el desafío de cómo garantizar el acceso de numerosos grupos de la población a los servicios más básicos de salud. Estos temas levantan grandes expectativas y controversias, cuyo debate continúa inconcluso.

Varios de los países de la Región han consagrado a la salud como un derecho humano y un bien público, gracias a lo cual algunos países han logrado avances de conformidad con las normas, estándares y principios relacionados con estos temas. En este contexto, cada vez es más frecuente que tribunales de justicia nacionales intervengan en la resolución de conflictos. La búsqueda de una solución judicial para la atención de la salud es un recurso del ciudadano para reclamar su derecho a la salud, pero los alcances de estos procesos aún requieren mayor afinamiento a través del debate entre los sectores de salud, y justicia, y la búsqueda del consenso sobre estos procedimientos con la sociedad en su conjunto (208).

## SALUD GLOBAL

La salud global está en expansión. Entre otras razones por la importancia de la salud como un elemento clave del desarrollo sostenible y del combate a la pobreza, así como un componente vital de una gobernanza más eficaz para la seguridad mundial. De hecho, la salud se ha convertido en un instrumento estratégico de la diplomacia y de las relaciones internacionales, y es uno de los campos de mayor crecimiento e interdependencia en temas científicos, tecnológicos, económicos y comerciales. La creciente relevancia de la salud a nivel mundial ha generado una explosión de nuevos actores e iniciativas internacionales, cada uno tratando de protagonizar diferentes agendas. Durante las últimas dos décadas, la arquitectura y el funcionamiento de la salud global han cambiado de manera drástica. No obstante, tal heterogeneidad de actores e intereses, si bien ha creado nuevas oportunidades para mitigar problemas de salud, también ha estimulado la fragmentación, redundancias y vacíos cuya gobernanza es crecientemente difícil y compleja (209).

Derivado de este amplio universo de intereses, el flujo de recursos financieros destinados a la salud global ha

ido en constante aumento. Datos recientes señalan que, a pesar de la crisis financiera global, la asistencia para el desarrollo de la salud (ADS) entre 2009 y 2011 continuó creciendo a un ritmo de un 4% anual, llegando a un total de US\$ 27.730 millones (210). La OMS no está ajena a estos desafíos, y por mandato de sus cuerpos de gobierno ha emprendido un proceso de reforma para fortalecer su capacidad de respuesta ante los nuevos retos de la salud en el siglo XXI, con la flexibilidad necesaria para responder de la manera más eficiente posible: desde cómo atender la agenda inconclusa y tratar de eliminar los problemas de salud aún no superados, hasta cómo encarar las amenazas emergentes que puedan alterar la salud pública mundial (211, 212). Ante la creciente complejidad de las agendas de la salud, la OMS y la OPS son foros privilegiados para facilitar el diálogo y la convergencia entre los múltiples intereses y actores, considerando las dimensiones éticas, políticas y sociales de la salud.

En este mismo sentido, diversos temas interconectados con la salud son periódicamente analizados con diferentes grados de profundidad en múltiples foros de las agencias del Sistema Interamericano y de organizaciones pertenecientes a las Naciones Unidas. Además, en al menos una decena de instancias de integración regional y subregional también se analizan, proponen y articulan acciones conjuntas para fortalecer diversos campos prioritarios de la salud, con énfasis en la vigilancia, la prevención y el control de enfermedades; la extensión de la cobertura y la universalización de los servicios; el desarrollo y la gestión de los recursos humanos; el acceso a medicamentos esenciales y a la innovación tecnológica en salud; el fortalecimiento de programas de salud reproductiva, y el control de riesgos, relacionados (por ejemplo) con el saneamiento básico y otros determinantes de la salud.

A nivel intrarregional cabe destacar el papel de la Comunidad Andina de Naciones (CAN), la Comunidad Caribeña y Mercado Común (CARICOM), el Mercado Común del Sur (MERCOSUR), Sistema de Integración Centroamericana (SICA), la Organización del Tratado de Cooperación Amazónica (OTCA) y la Cumbre de las Américas, y más recientemente la Unión de Naciones Sudamericanas (UNASUR), la Alianza Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América–Tratado de Comercio de los Pueblos (ALBA) y la Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños (CELAC).

A su vez, a nivel interregional también se han priorizado temas relacionados con la salud en diferentes foros y mecanismos de diálogo e integración, entre ellos la Cumbre Iberoamericana, la Cumbre de América Latina y

del Caribe con la Unión Europea (ALC-UE) y el Foro de Cooperación América Latina-Asia del Este (FOCACAL) (213).

## PERSPECTIVAS Y REFLEXIONES

El primer decenio del siglo XXI se ha caracterizado por amplias movilizaciones de población, aunadas a un creciente intercambio de bienes y productos y a una cada vez mayor número de alertas sanitarias. Tal escenario parece reflejar un momento histórico similar, aunque de proporciones diferentes, al registrado a inicios del siglo XX, cuando se tornó necesario desarrollar una mayor capacidad internacional para encarar los desafíos a la salud resultantes de la creciente migración de poblaciones desde Europa, Asia y África hacia el Continente Americano, asociada con el aumento del comercio transcontinental y la elevada prevalencia de enfermedades infecciosas y transmitidas por vectores. Esas circunstancias crearon el contexto que dio origen a la Organización Panamericana de la Salud (214). En la medida que los países de las Américas evolucionaron, también lo hicieron sus procesos de integración regional, incluyendo el **panamericanismo**, como una expresión de voluntades en todos los frentes (incluidos los ámbitos diplomático, político, económico, social y cultural), creando y fomentando las relaciones, la asociación y la cooperación entre los países del continente en diversos ámbitos de interés común (215, 216).

Hay consenso acerca de que la salud pública es “la ciencia y el arte de prevenir la enfermedad, prolongar la vida y promover la salud a través de los esfuerzos organizados de la sociedad” (217), basado en el principio de que las acciones que se realizan hoy protegerán la salud y el bienestar de la población el día de mañana. A diferencia de los servicios asistenciales, cuya responsabilidad central es resolver en el presente los problemas derivados de la acumulación de riesgos, en particular atender a la enfermedad, la práctica de la salud pública se orienta a reducir o eliminar aquellos riesgos que podrían afectar en el futuro a la salud de las comunidades y de los individuos. El énfasis operativo de la salud pública se traduce en acciones colectivas, reconociéndose que el curso de los acontecimientos sólo se logrará modificar a través del compromiso de la sociedad. Por un lado, son los conocimientos y las evidencias del pasado los que permiten construir las posibles tendencias y escenarios del futuro, y consecuentemente desarrollar e implementar las posibles soluciones, pero por otro lado, son los valores de las

sociedades los que determinan lo deseable y –en la medida en que sea factible– cómo se establecen las prioridades y las metas. Este proceso dialéctico y reiterativo nos hace responsables no sólo frente a las generaciones presentes, sino también ante las generaciones futuras (218). La salud se sustenta además en sólidos principios éticos y de justicia, reafirmando que ningún ser humano es intrínsecamente superior a otro. Tales principios conllevan responsabilidades intergeneracionales que otorgan a las generaciones futuras los mismos derechos que a las actuales (219).

Se sabe que los niveles de salud actuales son el resultado de políticas públicas y de decisiones personales tomadas tanto en el presente como en el pasado. Se puede dar un ejemplo de esta influencia intergeneracional de las acciones del presente con el fenómeno del calentamiento global: si hoy se estabilizaran las concentraciones de los gases de invernadero, sus efectos acumulados sobre los ecosistemas no cesarían porque es demasiado tarde para evitar todos los impactos de los cambios ambientales globales, pero aún podríamos ser más efectivos y eficientes en la aplicación de acciones de mitigación del daño (220). Cada vez más se reconoce que la salud es al mismo tiempo un indicador, un producto y un insumo del desarrollo sostenible. Por definición, el concepto de desarrollo sostenible conlleva una visión de futuro, destacando la responsabilidad intergeneracional de forma tal que las generaciones actuales no comprometan la capacidad de satisfacer las necesidades del porvenir (221). La emergencia de este paradigma implica que, para llevar adelante las agendas de salud, es imperativo actuar no únicamente modificando los factores causales de orden proximal y de corto plazo, sino también poniendo un firme énfasis en los factores intermedios y distales cuyos efectos sólo podrán concretarse a mediano y largo plazo.

La propuesta que ha dominado la práctica de la salud pública se ha basado en un modelo de causalidad, orientado a modificar los factores causales proximales a través de intervenciones costo-efectivas y, en la medida de lo posible, de corto plazo (218). Este modelo tiene la ventaja de facilitar el proceso de identificación de poblaciones en riesgo y simplificar la definición de políticas e intervenciones. Un ejemplo exitoso de la eficiencia y la eficacia de este modelo es el programa de inmunizaciones, que ha permitido inclusive erradicar la viruela a nivel mundial y –se espera– hacer lo propio con la poliomielitis en el futuro próximo. No obstante, este modelo resulta un tanto reduccionista cuando se aplica a otros problemas de salud pública, como por ejemplo la

prevención y el control de las enfermedades crónicas no transmisibles.

Atender la hipertensión, la inactividad física y la obesidad/sobrepeso, y reducir el consumo de tabaco, como causas proximales de las ECNT, revisten gran relevancia porque resuelven en parte la carga de enfermedad y muerte. Sin embargo, su sostenibilidad depende de factores causales intermedios y distales, que demandan intervenciones multi e intersectoriales que modifiquen en el mediano y largo plazo la génesis de las causas proximales mencionadas. Estas “causas de las causas” son esencialmente de naturaleza estructural y sólo podrán ser alteradas en la medida en que se modifiquen e innoven las políticas que determinan las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, de forma tal que se puedan reducir de manera progresiva y efectiva aquellas inequidades evitables que afectan de manera injusta a la salud individual y colectiva, indistintamente de la composición étnica, preferencia sexual, creencias o filiaciones políticas (222).

Los elementos doctrinarios entre la APS y los determinantes sociales y ambientales de la salud son cada vez más convergentes y complementarios entre sí. De allí que su concepción conjunta deja en claro que la salud es más que la ausencia de enfermedades y resalta que el foco principal es la reducción de inequidades, y que la APS y los determinantes sociales y ambientales de la salud son relevantes tanto en países pobres como ricos. Adicionalmente, fomenta el empoderamiento de las comunidades y promueve acciones multisectoriales orientadas estratégicamente por el sector salud (223).

Estas nuevas realidades demandan transformar en forma progresiva el modelo de prestación de los servicios de salud, especialmente en relación con los recursos humanos. Por un lado, hacen necesario establecer equipos de salud multi e interdisciplinarios en todos los niveles de actuación, y por el otro, requieren llevar a cabo una reorientación profunda de los programas de formación y actualización de los recursos humanos, de forma tal que dichos equipos de salud reúnan las habilidades, las actitudes y los enfoques necesarios para responder de manera más integral y coherente al desafío de cuidar la salud individual y colectiva.

A los ministerios de salud se les plantean cada vez más retos en la búsqueda de formas para hacer realidad el principio de “salud en todas las políticas”. Al mismo tiempo, esta compleja búsqueda reta a la estructura de gobernanza, no sólo de los países (divididos en ministerios sectoriales), sino también de los programas y organismos de cooperación internacional (224).

Si se ha de avanzar hacia este tipo de modelos y estrategias multi e intersectoriales, hará falta renovar en parte las propuestas metodológicas, así como las métricas que se han de emplear y los datos probatorios requeridos para respaldar las políticas y las acciones necesarias. Tal enfoque estará sujeto al requisito de que los sistemas de información sean capaces de establecer las conexiones necesarias entre políticas, determinantes y riesgos a la salud con los resultados alcanzados. En este contexto, si bien las evidencias basadas en criterios de costo-efectividad son fundamentales, también es importante reconocer el peso de las percepciones y las demandas generadas por los diferentes grupos de la población, cuyas expectativas también se convierten en insumos estratégicos para definir los nuevos horizontes de la salud a nivel nacional e internacional.

La Región de las Américas ha concretado avances y mejoras sostenidos en la salud de su población. Persisten, claro está, brechas importantes y temas emergentes que los países están tratando de resolver de forma individual y colectiva. Ante la mayor interdependencia y globalización que caracterizan la realidad sanitaria actual, los cambios demográficos y epidemiológicos siguen avanzando en cada uno de los países a velocidades diferenciadas, pero concurrentemente con otras transformaciones políticas, económicas, culturales y tecnológico-científicas, entre otras, cuyos efectos a corto, mediano y largo plazo todavía no han sido establecidos o investigados lo suficiente. Se abre así una puerta a nuevos espacios de reflexión y de actuación que, sin duda, son ya parte de los desafíos que las agendas de la salud continental y global deberán encarar.

Vivimos en una época de marcadas contradicciones. El mundo disfruta de tecnologías de una sofisticación inimaginable, pero tiene más de 1.000 millones de personas que no se alimentan lo suficiente. La economía mundial avanza rápidamente a nuevos niveles de productividad a través de mejoras continuas en la tecnología mientras destruimos el ambiente. Mejoran los niveles de educación, pero tenemos nuevas crisis asociadas con el consumo de tabaco y drogas, depresión, violencia y otros problemas que atribuimos a la vida moderna. Lo ganado no se ha repartido de manera justa. El modelo concentrador sólo ha traído mayor desconfianza e inseguridad, que atentan contra todos, incluyendo a aquellos que supuestamente se beneficiaron más. Este modelo de consumo trata de crear nuevas demandas artificiales, asociadas más a situaciones de estatus que a necesidades reales (225). Producto de las distorsiones y contradicciones del modelo de crecimiento económico

dominante, que ha privilegiado intereses de minorías y maximizado beneficios de corto plazo, se ha desembocado en tres crisis concomitantes: la económica, la social y la ambiental, cuya sumatoria se traduce en crisis de una complejidad sin antecedentes en la historia de la humanidad. Las crisis son onerosas, causan sufrimiento humano y son extremadamente ineficientes, al tiempo que desnudan el despilfarro de las inversiones y la pérdida de recursos para el desarrollo futuro (226).

Para atender este enorme desafío habrá que redefinir objetivos, metas y estrategias que permitan reencauzar nuevas ideas para un desarrollo sustentable, que reduzca brechas entre naciones y grupos sociales, y que aliente la construcción democrática y participativa de valores comunes que conviertan en realidad un nuevo mapa de acción, con una visión más generosa, amplia, inclusiva y pacífica que pueda ser sostenida a largo plazo.

La urgente necesidad de avanzar en la construcción de bienes públicos globales comunes a toda la humanidad demandará que las instancias internacionales asuman responsabilidades crecientes. Tal compromiso entraña múltiples implicancias: desde cómo se entenderán y aplicarán los asuntos relacionados con las soberanías de los países, hasta la propia reforma del sistema de las Naciones Unidas, incluyendo una progresiva convergencia temática entre los organismos de cooperación multi-laterales y bilaterales para que mejoren los niveles de eficiencia y eficacia necesarios.

Estos desafíos se aplican a la salud. Para avanzar hacia modelos más integrados de salud, con beneficios más sostenibles, también se requiere revisar estratégicamente la arquitectura y el funcionamiento de la gobernanza sanitaria en todos sus niveles y de forma bidireccional –desde lo local a lo nacional e internacional. Es fundamental continuar avanzando en la mejoría de la eficiencia sectorial, tratando de reducir la segmentación y la fragmentación de los servicios, a la vez que se fortalecen nuevas propuestas multi e intersectoriales que permitan reducir riesgos, tanto proximales como intermedios y distales. Tales logros se alcanzarán en la medida en que se introduzcan de manera progresiva nuevos –más inclusivos– modelos de gobernanza, con una composición multisectorial y con la presencia de la sociedad civil, la academia y el sector privado, que permitan generar políticas, programas y acciones más convergentes y mejor coordinadas entre sí. La salud de las actuales y futuras generaciones depende de ello. Estos son temas de interés para todos y no sólo de los gobiernos.

## REFERENCIAS

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs. World Population Prospects: The 2010 Revision [Internet]; 2011. Disponible en: <http://esa.un.org/unpd/wpp/> Acceso: 12 de enero de 2012.
2. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Datos básicos en salud. Mortalidad [Internet]; 2011. Disponible en: <http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm> Acceso: 12 de enero de 2012.
3. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Datos básicos en salud. Fecundidad [Internet]; 2011. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/SHA/coredata/tabulator/newTabulator.htm> Acceso: 12 de enero de 2012.
4. Macro International Inc. Measure DHS STATcompiler [Internet]; 2011. Disponible en: [www.measuredhs.com/pubs/pdf/CS20/05Chapter05.pdf](http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/CS20/05Chapter05.pdf) Acceso: 12 de enero de 2012.
5. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Con un envejecimiento saludable, los adultos mayores pueden ser un valioso recurso social y económico. Día Mundial de la Salud 2012. Comunicado de Prensa [Internet]; 2012. Disponible en: [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&task=view&id=6444&Itemid=39366&lang=es](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=6444&Itemid=39366&lang=es) Acceso: 12 de enero de 2012.
6. World Bank. Population Aging: Is Latin America Ready? [Internet]; 2011. Disponible en: <http://external.worldbankimflib.org/uhtbin/cgiisirs/x/0/0/5/?searchdata1=885313%7Bkey%7D> Acceso: 12 de enero de 2012.
7. Lancet. Grey matter: ageing in developing countries [Internet]; 2012. Disponible en: [http://www.lancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)60541-8/fulltext](http://www.lancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)60541-8/fulltext) Acceso: 12 de enero de 2012.
8. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Población y salud en América Latina y el Caribe: retos pendientes y nuevos

- desafíos [Internet]; 2010. Disponible en: <http://www.un-ngls.org/spip.php?article2440> Acceso: 12 de enero de 2012.
9. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos 2010 [Internet]; 2010. Disponible en: [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=9048&Itemid=](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=9048&Itemid=) Acceso: 12 de enero de 2012.
  10. World Health Organization. WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank estimates trends in maternal mortality: 1990 to 2010 [Internet]; 2012. Disponible en: [http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2012/Trends\\_in\\_maternal\\_mortality\\_A4-1.pdf](http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2012/Trends_in_maternal_mortality_A4-1.pdf) Acceso: 12 de enero de 2012.
  11. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Transformaciones demográficas y su influencia en el desarrollo en América Latina y el Caribe [Internet]; 2008. Disponible en: <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/0/33220/2008-268-SES.32-CELADE-ESPANOL.pdf> Acceso: 12 de enero de 2012.
  12. Barreto S, Miranda JJ, Figueroa JP, Schmidt MI, Muños S, Kuri-Morales et al. Epidemiology in Latin America and the Caribbean: current situation and challenges [Internet]; 2012. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22407860> Acceso: 12 de enero de 2012.
  13. The United Nations Human Settlements Program (UN-HABITAT). State of the World Cities Report 2010–2011. Cities for All: Bridging the Urban Divide [Internet]; 2011. Disponible en: <http://www.unhabitat.org/content.asp?cid=8051&catid=7&typeid=46&subMenuId=0> Acceso: 12 de enero de 2012.
  14. The United Nations Human Settlements Program (UN-HABITAT). State of the World's Cities Report 2006/2007 [Internet]; 2007. Disponible en: <http://www.unhabitat.org/pmss/listItemDetails.aspx?publicationID=2101> Acceso: 12 de enero de 2012.
  15. Malan P. Healthy People, Healthy Cities, Healthy Economies. Project Syndicate. A World of Ideas [Internet]; 2012. Disponible en: <http://www.project-syndicate.org/commentary/healthy-people—healthy-cities—healthy-economies> Acceso: 12 de enero de 2012.
  16. United Nations, World Tourism Organization Network [Internet]; 2012. Disponible en: <http://americas.unwto.org/es> Acceso: 12 de enero de 2012.
  17. Marks JS. Preventive Care. The first step in the future of public health [Internet]; 2005. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/advanced> Acceso: 12 de enero de 2012.
  18. Inter-American Dialogue. Remaking the Relationship. The USA and Latin America [Internet]; 2012. Disponible en: <http://www.thedialogue.org/PublicationFiles/IAD2012PolicyReportFINAL.pdf> Acceso: 12 de enero de 2012.
  19. Fondo Monetario Internacional. Perspectivas de la economía mundial [Internet]; 2011. Disponible en: <http://www.imf.org/external/spanish/pubs/ft/weo/2011/02/pdf/texts.pdf> Acceso: 12 de enero de 2012.
  20. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Balance preliminar de las economías de América Latina y el Caribe [Internet]; 2011. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/> Acceso: 12 de enero de 2012.
  21. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Panorama social de América Latina [Internet]; 2011. Disponible en: [http://www.eclac.cl/cgibin/getProd.asp?xml=/dds/agrupadores\\_xml/aes31.xml&xsl=/dds/agrupadores\\_xml/agrupa\\_listado.xsl&base=/dds/tpl/top-bottom.xsl](http://www.eclac.cl/cgibin/getProd.asp?xml=/dds/agrupadores_xml/aes31.xml&xsl=/dds/agrupadores_xml/agrupa_listado.xsl&base=/dds/tpl/top-bottom.xsl) Acceso: 12 de enero de 2012.
  22. United States Census Bureau [Internet]; 2010. Disponible en: <http://2010.census.gov/2010census/> Acceso: 12 de enero de 2012.

23. Statistics Canada [Internet]; 2009. Disponible en: <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/090326/dq090326a-eng.htm> Acceso: 12 de enero de 2012.
24. Banco Mundial. Base de datos. Rankin mundial del PIB [Internet]; 2012. Disponible en: [http://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.MKTP.CD/countries?order=wbapi\\_data\\_value\\_2010%20wbapi\\_data\\_value%20wbapi\\_data\\_value-last&sort=desc&display=default](http://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.MKTP.CD/countries?order=wbapi_data_value_2010%20wbapi_data_value%20wbapi_data_value-last&sort=desc&display=default) Acceso: 12 de enero de 2012.
25. World Bank. The World Development Indicators [Internet]; 2012. Disponible en: <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators/wdi-2010> Acceso: 12 de enero de 2012.
26. Sabina A. Multidimensional Poverty Index [Internet]; 2010. Disponible en: <http://www.ophi.org.uk/policy/multidimensional-poverty-index/> Acceso: 12 de enero de 2012.
27. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Anuario estadístico de América Latina y el Caribe, 2010 [Internet]; 2010. Disponible en: [http://www.iadb.org/intal/intalcdi/integ/integ1B.asp?sub\\_base=INTEG&zaz=1&za=1&desc=CONVERGENCIA&orden=anioD&desc\\_tipo=and&origen=A&clase=M1](http://www.iadb.org/intal/intalcdi/integ/integ1B.asp?sub_base=INTEG&zaz=1&za=1&desc=CONVERGENCIA&orden=anioD&desc_tipo=and&origen=A&clase=M1) Acceso: 12 de enero de 2012.
28. Gasparini L, Cruces G, Tornarolli L, Marchionni M. A turning point? Recent developments on inequality in Latin America and the Caribbean [Internet]; 2009. Disponible en: [http://cedlas.econo.unlp.edu.ar/archivos\\_upload/doc\\_cedlas81.pdf](http://cedlas.econo.unlp.edu.ar/archivos_upload/doc_cedlas81.pdf) Acceso: 12 de enero de 2012.
29. Birdsall N, Lustig N, McLeod D. Declining inequality in Latin America: some economics, some politics [Internet]; 2011. Disponible en: [http://www.cgdev.org/files/1425092\\_file\\_Birdsall\\_Lustig\\_McLeod\\_FINAL.pdf](http://www.cgdev.org/files/1425092_file_Birdsall_Lustig_McLeod_FINAL.pdf) Acceso: 12 de enero de 2012.
30. Lustig N, Ortiz-Juárez E, López-Calva L. The decline in inequality in Latin America: how much, since when and why [Internet]; 2011. Disponible en: <http://econ.tulane.edu/RePEc/pdf/tul1118.pdf> Acceso: 12 de enero de 2012.
31. Hailu D, Dillon SS What explains the decline in Brazil's inequality? International Policy Center for Inclusive Growth and the Institute for Applied Economic Research. OnePager 2009; 89: 2.
32. McLeod D, Lustig N. Inequality and poverty under Latin America's new left regimes [Internet]; 2011. Disponible en: <http://econ.tulane.edu/RePEc/pdf/tul1117.pdf> Acceso: 12 de enero de 2012.
33. Cecchini S, Madariaga A. Conditional cash transfers programs. The recent experience in Latin America and the Caribbean [Internet]; 2011. Disponible en: <http://www.eclac.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/6/45096/P45096.xml&xsl=/dds/tpl-i/p9f.xsl&base=/mujer/tpl/top-bottom-estadistica.xslt> Acceso: 12 de enero de 2012.
34. López-Calva LF, Lustig N [eds]. Declining Inequality in Latin America. A Decade of Progress? [Internet]; 2010. Disponible en: <http://www.voxeu.org/index.php?q=node/5148> Acceso: 12 de enero de 2012.
35. Economic Center for Latin America and the Caribbean. Conditional Cash Transfer Programmes: The Recent Experience in Latin America and the Caribbean [Internet]; 2011. Disponible en: <http://www.eclac.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/6/45096/P45096.xml&xsl=/dds/tpl-i/p9f.xsl&base=/dds/tpl/top-bottom.xslt> Acceso: 12 de enero de 2012.
36. Organización Internacional del Trabajo. Estadísticas laborales. LABORSTATA [Internet]; 2011. Disponible en: <http://laborsta.ilo.org/STP/guest#BAR05> Acceso: 12 de enero de 2012.
37. Organización de Estados Americanos, Comisión Interamericana de Mujeres. Plan estratégico 2011-2016 [Internet]; 2011. Disponible en: <http://www.oas.org/cim> Acceso: 12 de enero de 2012.
38. Organización Internacional del Trabajo. Panorama laboral. América Latina y el

- Caribe [Internet]; 2011. Disponible en: <http://br.bing.com/search?q=Panorama%20Laboral.%20Am%3a9rica%20latina%20y%20el%20Caribe.%20ISBN%20978%2092%202%20325889%204.&mkt=pt-br&FORM=HPDWBR&DI=2883&CE=14.0&CM=SearchWeb> Acceso: 12 de enero de 2012.
39. United States, Bureau of Labor Statistics [Internet]; 2012. Disponible en: <http://data.bls.gov/timeseries/LNS14000000> Acceso: 12 de enero de 2012.
40. International Labour Organization. Children in hazardous work. What we know, what we need to do [Internet]; 2011. Disponible en: [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms\\_155428.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_155428.pdf) Acceso: 12 de enero de 2012.
41. World Health Organization. Improving Equity in Health by Addressing Social Determinants [Internet]; 2011. Disponible en: [http://www.globalhealthequity.ca/webfm\\_send/154](http://www.globalhealthequity.ca/webfm_send/154) Acceso: 12 de enero de 2012.
42. Miller G. Hidden Tragedy: Underreporting of Workplace Injuries and Illnesses [Internet]; 2008. Disponible en: <http://www.docstoc.com/docs/19968722/HIDDEN-TRAGEDY-UNDERREPORTING-OF-WORKPLACE-INJURIES-AND-ILLNESSES-House-Congressional-Hearing-110th-Congress-2007-2008> Acceso: 12 de enero de 2012.
43. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Población asegurada y tasas de accidentes de trabajo en países seleccionados de la Región de las Américas. Elaboración propia. Washington, DC: OPS; 2011.
44. LATINBAROMETRO [Internet]; 2011. Disponible en: [http://www.infoamerica.org/primera/lb\\_2011.pdf](http://www.infoamerica.org/primera/lb_2011.pdf) Acceso: 12 de enero de 2012.
45. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. El bono demográfico: una oportunidad para avanzar en materia de cobertura y progresión en educación secundaria. [Internet]; 2008. [http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/2/34732/PSE2008\\_Cap3\\_BonoDemografico.pdf](http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/2/34732/PSE2008_Cap3_BonoDemografico.pdf) Acceso: 12 de enero de 2012.
46. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Observatorio de Igualdad de Género [Internet]; 2011. Disponible en: [http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/oig/agrupadores\\_xml/aes779.xml&xsl=/oig/agrupadores\\_xml/agrupa\\_listado.xsl&base=/oig/tpl/top-bottom.xsl](http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/oig/agrupadores_xml/aes779.xml&xsl=/oig/agrupadores_xml/agrupa_listado.xsl&base=/oig/tpl/top-bottom.xsl) Acceso: 12 de enero de 2012.
47. United Nations. Year of Afrodescendants [Internet]; 2011. Disponible en: <http://www.panafstrag.org/pages/news.php?id=22> Acceso: 12 de enero de 2012.
48. Durán MA. Los costes invisibles de la enfermedad. Madrid: Fundación BVA; 2003.
49. Pan American Health Organization; Economic Commission for Latin America and the Caribbean; United Nations Fund for Population Activities; United Nations Children's Fund; United Nations Development Fund for Women; United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women. Health of Women and Men in the Americas. [Internet]; 2009. Disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Profile-English-health-women-men.pdf> Acceso: 12 de enero de 2012.
50. Pulver LJ, Haswell MR, Ring I, Waldon J, Clark W, Whetung V et al. Indigenous Health – Australia, Canada, Aotearoa, New Zealand and the United States.- Laying claim to a future that embraces health for us all [Internet]; 2010. Disponible en: <http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/IHNo33.pdf> Acceso: 12 de enero de 2012.
51. United States, Office of Minority Health [Internet]; 2011. Disponible en: <http://minorityhealth.hhs.gov/templates/browse.aspx?lvl=2&lvlID=52> Acceso: 12 de enero de 2012.

52. Lopez H, Maloney W. Poverty reduction and growth. Virtuos and vicious circles [Internet]; 2006. Disponible en: [http://siteresources.worldbank.org/INTLACINSPANISH/Resources/Reduccion\\_de\\_la\\_pobreza.pdf](http://siteresources.worldbank.org/INTLACINSPANISH/Resources/Reduccion_de_la_pobreza.pdf) Acceso: 12 de enero de 2012.
53. United States, National Cancer Institute [Internet]. Disponible en: <http://www.cancer.gov/statistics> Acceso: 10 de noviembre de 2011.
54. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Informe anual de la Directora [Internet]; 2011. Disponible en: [http://www.paho.org/annual-report-d-2011/chapter1\\_AR2011span.html](http://www.paho.org/annual-report-d-2011/chapter1_AR2011span.html) Acceso: 12 de enero de 2012.
55. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Informe de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio con igualdad en América Latina y el Caribe: Progresos y desafíos [Internet]; 2010. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/> Acceso: 12 de enero de 2012.
56. Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2011 [Internet]; 2011. Disponible en: [http://www.undp.org/content/dam/undp/library/MDG/spanish/MDG\\_Report\\_2011\\_SP.pdf](http://www.undp.org/content/dam/undp/library/MDG/spanish/MDG_Report_2011_SP.pdf) Acceso: 12 de enero de 2012.
57. United Nations Children's Fund; World Health Organization. Progress on Drinking Water and Sanitation [Internet]; 2012. Disponible en: [http://www.wssinfo.org/fileadmin/user\\_upload/resources/JMP-report-2012-en.pdf](http://www.wssinfo.org/fileadmin/user_upload/resources/JMP-report-2012-en.pdf) Acceso: 12 de enero de 2012.
58. Lancet. Global health in 2012: development to sustainability [Internet]; 2012. Disponible en: [http://www.lancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)60081-6/fulltext](http://www.lancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)60081-6/fulltext) Acceso: 12 de enero de 2012.
59. Global Fund. The Global Fund to Fight AIDS, TB and Malaria [Internet]; 2012. Disponible en: <http://www.theglobalfund.org/en/> Acceso: 6 de junio de 2012.
60. World Health Organization. Environmental Burden of Disease [Internet]; 2006. Disponible en: [http://www.who.int/quantifying\\_ehimpacts/countryprofiles/en/](http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/countryprofiles/en/) Acceso: 12 de enero de 2012.
61. Millenium Ecosystem Assessment. Ecosystems and Human Well-being: Current State and Trends, Volume 1. 2005. Disponible en <http://www.maweb.org/documents/document.766.aspx.pdf> Acceso: 29 de julio de 2012.
- 61.b. Naciones Unidas. Resolución sobre derecho humano al agua y saneamiento. A/64/L.63/Rev.1 [Internet]; 2010. Disponible en: <http://www.politicaspublicas.net/panel/agua/dhagua/667-onu-2010-resolucion-agua.html> Acceso: 24 de marzo de 2011.
62. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Avances en la sostenibilidad ambiental del desarrollo en ALC [Internet]; 2011. Disponible en: <http://www.eclac.cl/mdg/reportevances/> Acceso: 12 de enero de 2012.
63. World Health Organization; United Nation Children's Fund. A Snapshot of Drinking-water and Sanitation in the MDG Region Latin-America & Caribbean [Internet]; 2010. Disponible en : [http://www.wssinfo.org/fileadmin/user\\_upload/resources/1284626181-LAC\\_snapshot\\_2010.pdf](http://www.wssinfo.org/fileadmin/user_upload/resources/1284626181-LAC_snapshot_2010.pdf) Acceso: 12 de enero de 2012.
64. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Informe del Proyecto de Evaluación Regional del Manejo de Residuos Sólidos Urbanos en ALC [Internet]; 2010. Disponible en: [www6.iadb.org/Residuos/infogeneral/Acerca.bid](http://www6.iadb.org/Residuos/infogeneral/Acerca.bid) Acceso: 12 de enero de 2012.
65. Banco Interamericano de Desarrollo; Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental; Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Informe de la evaluación regional del manejo de residuos sólidos urbanos en América Latina y el Caribe [Internet]; 2010.

- Disponibile en: <http://www.iadb.org/es/temas/residuos-solidos/gestion-de-residuos-solidos,2203.html> Acceso: 12 de enero de 2012.
66. Romieu I, Alamo-Hernández U, Texcalac-Sangrado JL, Pérez L, Gouveia N, McConnell R. En: Galvao L, Finkileman J, Henao S (eds.). Determinantes ambientales y sociales de la salud. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2010.
  67. World Health Organization. Urban Outdoor Air Pollution Section: Mortality and Burden of Disease Attributable to Urban Outdoor Air Pollution [Internet]; 2011. Disponible en: [http://apps.who.int/gho/indicatorregistry/App\\_Main/view\\_indicator.aspx?iid=2259](http://apps.who.int/gho/indicatorregistry/App_Main/view_indicator.aspx?iid=2259) Acceso: 4 de noviembre de 2011.
  68. Organización Mundial de la Salud. Guías de calidad del aire [Internet]; 2006. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs313/es/index.html> Acceso: 12 de enero de 2012.
  69. World Health Organization. Population Using Solid Fuels. Global Health Observatory Data Repository [Internet]; 2007. Disponible en: <http://apps.who.int/ghodata/#> Acceso: 12 de enero de 2012.
  70. World Health Organization. Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks [Internet]; 2009. Disponible en: [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GlobalHealthRisks\\_report\\_full.pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf) Acceso: 12 de enero de 2012.
  71. Rehfuess E, Mehta S, Prüss-Üstün A. Assessing Household Solid Fuel Use: Multiple Implications for the Millennium Development Goals [Internet]; 2006. Disponible en: [ehp03.niehs.nih.gov/ambra-doi-resolver/10.1289/ehp.8603](http://ehp03.niehs.nih.gov/ambra-doi-resolver/10.1289/ehp.8603) Acceso: 12 de enero de 2012. [www6.iadb.org/Residuos/infogeneral/Acerca.bid](http://www6.iadb.org/Residuos/infogeneral/Acerca.bid)
  72. International Program on Chemical Safety. WHO Human Health Risk Assessment Toolkit: Chemical Hazards [Internet]; 2010. Disponible en: <http://br.bing.com/search?q=.%20International%20Program%20on%20Chemical%20Safety.%20WHO%20Human%20Health%20Risk%20Assessment%20Toolkit:%20Chemical%20Hazards.%20WHO.%20Geneva.%202010.%20ISBN%20978%2092%204%20154807%206&mkt=pt-br&FORM=HPDWBR&DI=2883&CE=14.0&CM=SearchWeb> Acceso: 12 de enero de 2012.
  73. American Chemistry. Global Business of Chemistry [Internet]; 2011. Disponible en: [http://www.americanchemistry.com/s\\_acc/sec\\_directory.asp?CID=292&DID=747](http://www.americanchemistry.com/s_acc/sec_directory.asp?CID=292&DID=747) Acceso: 12 de enero de 2012.
  74. International Program on Chemical Safety. Assessment of Combined Exposures to Multiple Chemicals: Report of a WHO/IPCS International Workshop [Internet]; 2009. Disponible en: <http://pt.scribd.com/doc/1037930/Toxic-Chemicals-and-Childrens-Health-in-North-America> Acceso: 12 de enero de 2012.
  75. Díaz B, García CL. Prevención de riesgo en poblaciones vulnerables. En: Galvao L, Finkelman J, Henao S (eds.). Determinantes ambientales y sociales de la salud. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2010.
  76. World Health Organization. Initiative to Estimate the Global Burden of Foodborne Diseases: A Summary Document [Internet]; 2008. Disponible en: [http://www.who.int/foodsafety/foodborne\\_disease/Summary\\_Doc.pdf](http://www.who.int/foodsafety/foodborne_disease/Summary_Doc.pdf) Acceso: 12 de enero de 2012.
  77. Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura. La seguridad alimentaria en la Américas: una exigencia de un nuevo modelo de desarrollo para el siglo XXI [Internet]; 2009. Disponible en: [http://www.enlaceacademico.org/uploads/media/Seguridad\\_Alimentaria\\_iica.pdf](http://www.enlaceacademico.org/uploads/media/Seguridad_Alimentaria_iica.pdf) Acceso: 12 de enero de 2012.
  78. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. El estado de

- la inseguridad alimentaria en el mundo [Internet]; 2011. Disponible en: <http://www.fao.org/publications/sofi/es/> Acceso: 12 de enero de 2012.
79. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Mesa redonda sobre el cambio climático y sus repercusiones para la salud pública: una perspectiva regional [Internet]; 2008. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd48-16-s.pdf> Acceso: 12 de enero de 2012.
  80. Finkelman J, Galvao L, Henao S. Gobernanza de la salud ambiental en América Latina. En: Galvao L, Finkelman J, Henao S (eds.). Determinantes ambientales y sociales de la salud. Washington, DC: OPS; 2010.
  81. World Health Organization. Green economic development can be good for health [Internet]; 2011. Disponible en: [http://www.who.int/hia/cop16\\_article.pdf](http://www.who.int/hia/cop16_article.pdf) Acceso: 12 de enero de 2012.
  82. Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible [Internet]; 2012. Disponible en: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N12/381/67/PDF/N1238167.pdf?OpenElement> Acceso: 12 de enero de 2012.
  83. Roses M. Las políticas de salud en América Latina y El Caribe. 7o. Congreso Internacional de Salud Pública [Internet]; 2011. Disponible en: <http://www.slideshare.net/OPSColombia/las-politicas-de-salud-en-amrica-latina-y-el-caribe-dra-roses-meelln> Acceso: 12 de enero de 2012.
  84. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Fortalecimiento de los programas de inmunización. Resolución CD50/R5 [Internet]; 2010. Disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50.R5-s.pdf> Acceso: 11 de marzo de 2012.
  85. World Health Organization. PAHO Tracks Progress on the Documentation and Verification of Measles, Rubella and Congenital Rubella Syndrome Elimination in the Americas [Internet]; 2011. Disponible en: [http://www.who.int/immunization/GIN\\_September\\_2011.pdf](http://www.who.int/immunization/GIN_September_2011.pdf) Acceso: 11 de marzo de 2012.
  86. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. El décimo aniversario de la Semana de Vacunación en las Américas se celebrará del 21 al 28 de abril de 2012 [Internet]; 2012. Disponible en: <http://new.paho.org/vwa/?lang=es> Acceso: 12 de enero de 2012.
  87. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. XIX Reunión del Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación [Internet]; 2011. Disponible en: [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&task=view&id=1862&Itemid=1674](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=1862&Itemid=1674) Acceso: 11 de marzo de 2012.
  88. Jauregui B, Sinha A, Clark AD, Bolanos BM, Resch S, Toscano CM et al. Strengthening the Technical Capacity at Country-level to Make Informed Policy Decisions on New Vaccine Introduction: Lessons Learned by PAHO's ProVac Initiative [Review] [Internet]; 2011. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Jauregui> Acceso: 12 de enero de 2012.
  89. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Inmunización en las Américas [Internet]; 2012. Disponible en: [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&task=view&id=3573&Itemid=2573&lang=es](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=3573&Itemid=2573&lang=es) Acceso: 12 de enero de 2012.
  90. Pan American Health Organization. Progress Reports on Technical Matters Immunization: Challenges and Outlook. 51st Directing Council [Internet]; 2011. Disponible en: [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&task=view&id=5723&Itemid=4139&lang=en](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=5723&Itemid=4139&lang=en) Acceso: 12 de enero de 2012.
  91. REMSAA XXIV/383. Acuerdo de Sucre Sobre la Interrupción de la Transmisión

- Autóctona del Virus del Sarampión en los Países Andinos [Internet]. Disponible en: <http://www.orasconhu.org/remsa/remsa-xxiv> Acceso: 12 de enero de 2012.
92. Ropero-Alvarez AM, Kurtis HJ, Danovaro-Holliday MC, Ruiz-Matus C, Tambini G. Vaccination Week in the Americas: an opportunity for the integration of other health services with immunization [Internet]; 2012. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Ropero-Alvarez%20AM%20Kurtis%20HJ%20Danovaro-Holliday%20MC%20Ruiz-Matus%20Tambini%20G.%20Vaccination%20Week%20in%20the%20Americas%3A%20an%20opportunity%20for%20the%20integration%20of%20other%20health%20services%20with%20immunization.%20J%20Infect%20Dis.%202012%20Mar%3B205%20Suppl%201%3AS120-5> Acceso: 12 de enero de 2012.
  93. Centers for Disease Control and Prevention. Trends in Tuberculosis-United States 2010 [Internet]; 2011. Disponible en: <http://www.cdc.gov/tb/statistics/reports/2010/table1.htm> Acceso: 12 de enero de 2012.
  94. World Health Organization. Global Tuberculosis Control Report [Internet]; 2011. Disponible en: <http://www.who.int/tb/publications/2011/en/index.html> Acceso: 12 de enero de 2012.
  95. World Health Organization. World Malaria Report 2011 [Internet]; 2011. Disponible en: [http://www.who.int/malaria/world\\_malaria\\_report\\_2011/en/](http://www.who.int/malaria/world_malaria_report_2011/en/) Acceso: 12 de enero de 2012.
  96. San Martin JL, Brathwaite O, Zambrano B, Solorzano JO, Bouckennooghe A, Dayan GH et al. The epidemiology of dengue in the Americas over the last three decades: a worrisome reality [Internet]; 2010. Disponible en: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=San%20Martin%20JL.%20L.%20Brathwaite%20O.%20Zambrano%20B.%20Solorzano%20J.%20O.%20Bouckennooghe%20A.%20Dayan%20G.%20H.%20and%20Guzman%20M.%20G.%20\(2010\).%20The%20epidemiology%20of%20dengue%20in%20the%20americas%20over%20the%20last%20three%20decades%3A%20a%20worrisome%20reality.%20Am%20J%20Trop%20Med%20Hyg%2082\(1\)%2020128-35](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=San%20Martin%20JL.%20L.%20Brathwaite%20O.%20Zambrano%20B.%20Solorzano%20J.%20O.%20Bouckennooghe%20A.%20Dayan%20G.%20H.%20and%20Guzman%20M.%20G.%20(2010).%20The%20epidemiology%20of%20dengue%20in%20the%20americas%20over%20the%20last%20three%20decades%3A%20a%20worrisome%20reality.%20Am%20J%20Trop%20Med%20Hyg%2082(1)%2020128-35) Acceso: 12 de enero de 2012.
  97. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Dengue [Internet]; 2011. Disponible en: [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&task=view&id=264&Itemid=363&lang=es](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=264&Itemid=363&lang=es) Acceso: 12 de enero de 2012.
  98. International Development Research Center. Ecohealth Field Building Leadership in Prevention and Control of Vector Borne Diseases [Internet]; 2011. Disponible en: [http://www.idrc.ca/EN/Programs/Agriculture\\_and\\_the\\_Environment/Ecosystem\\_Approaches\\_to\\_Human\\_Health/Pages/ProjectDetails.aspx?ProjectNumber=106149](http://www.idrc.ca/EN/Programs/Agriculture_and_the_Environment/Ecosystem_Approaches_to_Human_Health/Pages/ProjectDetails.aspx?ProjectNumber=106149) Acceso: 12 de enero de 2012.
  99. San Martin JL, Brathwaite-Dick O. Integrated strategy for dengue prevention and control in the Region of the Americas [Internet]; 2007. Disponible en: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=San%20Martin%20JL.%20L.%20and%20BrathwaiteDick%20O.%20\(2007\).%20%5BIntegrated%20strategy%20for%20dengue%20prevention%20and%20control%20in%20the%20Region%20of%20the%20Americas%5D.%20Rev%20Panam%20Salud%20Publica%2021\(1\)%202055-63](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=San%20Martin%20JL.%20L.%20and%20BrathwaiteDick%20O.%20(2007).%20%5BIntegrated%20strategy%20for%20dengue%20prevention%20and%20control%20in%20the%20Region%20of%20the%20Americas%5D.%20Rev%20Panam%20Salud%20Publica%2021(1)%202055-63) Acceso: 12 de enero de 2012.
  100. Centers for Disease Control and Prevention. Chikungunya Transmission [Internet]; 2012. Disponible en: [http://www.cdc.gov/ncidod/dvbid/chikungunya/CH\\_Transmission.html](http://www.cdc.gov/ncidod/dvbid/chikungunya/CH_Transmission.html) Acceso: 12 de enero de 2012.
  101. Hotez PJ, Bottazzi ME, Franco-Paredes C, Ault SK. The neglected tropical diseases of Latin America and The Caribbean: a review of disease burden and distribution and road

- map for control and elimination [Internet]; 2008. Disponible en: <http://www.plosntds.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pntd.0000300>\ Acceso: 12 de enero de 2012.
102. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza [Internet]; 2009. Disponible en: [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R19%20\(Esp.\).pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R19%20(Esp.).pdf) Acceso: 12 de enero de 2012.
  103. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Enfermedad de Chagas. Transmisión por el principal vector [Internet]; 2012. Disponible en: [http://new.paho.org/hq/images/stories/AD/HSD/CD/Chagas/int\\_trans\\_vector\\_chagas\\_800.jpg](http://new.paho.org/hq/images/stories/AD/HSD/CD/Chagas/int_trans_vector_chagas_800.jpg) Acceso: 12 de enero de 2012.
  104. World Health Organization. InterAmerican Conference on Onchocerciasis, 2010: Progress towards eliminating river blindness in the WHO Region of the Americas [Internet]; 2011. Disponible en: <http://www.who.int/wer/2011/wer8638.pdf> Acceso: 12 de enero de 2012.
  105. Schneider MC, Aguilera XP, Barbosa da Silva JJ, Ault SK, Najera P, Martinez J et al. Elimination of neglected diseases in Latin America and the Caribbean: a mapping of selected diseases PLoS Negl Trop Dis 2011;5: e964.
  106. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Control y eliminación de cinco enfermedades desatendidas en América Latina y el Caribe, 2010 - 2015 [Internet]; 2010. Disponible en: [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Prioritization\\_NTD\\_PAHO\\_Dec\\_17\\_2010\\_Sp\\_cor.pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Prioritization_NTD_PAHO_Dec_17_2010_Sp_cor.pdf) Acceso: 12 de enero de 2012.
  107. World Health Organization. Information resources. Soil-transmitted helminthiasis: estimated number of children needing preventive chemotherapy and number treated [Internet]; 2009. Disponible en: <http://www.who.int/wer/2011/wer8625.pdf> Acceso: 12 de enero de 2012.
  108. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Rabia de las Américas [Internet]; 2011. Disponible en: <http://siepi.panaftosa.org.br/> Acceso: 12 de enero de 2012.
  109. World Health Organization. Report of the first meeting of the Leptospirosis Burden Epidemiology Reference Group [Internet]; 2010. Disponible en: <http://www.who.int/zoonoses/diseases/lerg2009/en/index.html> Acceso: 12 de enero de 2012.
  110. Petersen A et al. Las enfermedades infecciosas emergentes y el medio ambiente. En: Galvao L, Finkelman J, Henao S (eds.). Determinantes ambientales y sociales de la salud. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2010.
  111. World Health Organization. International Health Regulations [Internet]; 2005. Disponible en: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA58/WHA58\\_3-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_3-en.pdf) Acceso: 12 de enero de 2012.
  112. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Reglamento Sanitario Internacional. Nivel de cumplimiento de los países de la Región de las Américas. Datos propios. Washington, DC: OPS: 2011.
  113. Pan American Health Organization. Emerging and reemerging infectious diseases, Region of the Americas [Internet]; 2008. Disponible en: <http://www.ops-oms.org/Project.asp?SEL=TP&LNG=ENG&ID=73&PRGRP=periodicals> Acceso: 12 de enero de 2012.
  114. México, Secretaría de Salud [Internet]; 2009. Disponible en: <http://portal.salud.gob.mx/contenidos/noticias/influenza/estadisticas.html> Acceso: 12 de enero de 2012.
  115. World Health Organization. Situation updates - Pandemic (H1N1) [Internet]; 2009. Disponible en: <http://www.who.int/csr/disease/swineflu/updates/en/index.html> Acceso: 12 de enero de 2012.

116. Ropero-Alvarez AM, Kurtis HJ, Whittembury A, Dos Santos T, Danovaro-Holliday MC, Ruiz-Matus C. Pandemic Influenza Vaccination: Lessons Learned from Latin America and the Caribbean [Internet]; 2012. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22155136> Acceso: 12 de enero de 2012.
117. World Health Organization. Influenza. FluNet Website. Disponible en: [http://www.who.int/influenza/gisrs\\_laboratory/flunet/en/](http://www.who.int/influenza/gisrs_laboratory/flunet/en/) Acceso: 11 de marzo de 2012.
118. Haití, Ministerio de Salud Pública. Rapport journalier MSPP Haiti du 19 Février 2011 [Internet]; 2011. Disponible en: [http://www.mspp.gouv.ht/site/index.php?option=com\\_content&view=article&id=117&Itemid=1](http://www.mspp.gouv.ht/site/index.php?option=com_content&view=article&id=117&Itemid=1) Acceso: 12 de enero de 2012.
119. República Dominicana, Ministerio de Salud Pública. Boletín epidemiológico N51-2011 [Internet]. Disponible en: <http://www.sespasdigepi.gob.do/> Acceso: 12 de enero de 2012.
120. Lancet [Internet]; 2011. Disponible en: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)60031-2/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)60031-2/fulltext) Acceso: 12 de enero de 2012.
121. Joint United Nations Program on HIV/AIDS. Report on the Global AIDS Epidemic 2010 [Internet]; 2011. Disponible en: [http://www.unaids.org/documents/20101123\\_GlobalReport\\_em.pdf](http://www.unaids.org/documents/20101123_GlobalReport_em.pdf) Acceso: 12 de enero de 2012.
122. Joint United Nations Program on HIV/AIDS. AIDSinfo database [Internet]; 2011. Disponible en: <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/tools/aidsinfo/> Acceso: 12 de enero de 2012.
123. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy [Internet]; 2011. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1105243> Acceso: 12 de enero de 2012.
124. World Health Organization. Towards Universal Access: Scaling up Priority HIV/AIDS Interventions in the Health Sector: 2010 Progress Report [Internet]; 2010. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500395\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500395_eng.pdf) Acceso: 12 de enero de 2012.
125. Monteiro MG, Telles-Dias P, Inglez-Dias A. Epidemiología del uso del alcohol y otras sustancias psicoactivas. En: Rodríguez JJ, Kohn R, Aguilar-Gaxiola S (eds.). Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Washington, DC: OPS; 2009 (Publicación Científica y Técnica No. 632).
126. Comisión Latinoamericana sobre Drogas y Democracia. Drogas y democracia: hacia un cambio de paradigma [Internet]; 2009. Disponible en: [http://www.drogasedemocracia.org/Arquivos/livro\\_espanhol\\_04.pdf](http://www.drogasedemocracia.org/Arquivos/livro_espanhol_04.pdf) Acceso: 12 de enero de 2012.
127. World Health Organization. InfoBase [Internet]; 2011. Disponible en: <https://apps.who.int/infobase/report.aspx> Acceso: 12 de enero de 2012.
128. Global Economic Burden for Non Communicable Diseases [Internet]; 2011. Disponible en: [http://www3.weforum.org/docs/WEF\\_Harvard\\_HE\\_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases\\_2011.pdf](http://www3.weforum.org/docs/WEF_Harvard_HE_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases_2011.pdf) Acceso: 12 de enero de 2012.
129. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Datos básicos en salud. Mortalidad por enfermedades crónicas [Internet]; 2012. Disponible en: [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&task=blogcategory&id=2391&Itemid=2392](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=2391&Itemid=2392) Acceso: 12 de enero de 2012.
130. Belizán JM, Cafferata ML, Belizán M, Althabe F. Health inequality in Latin America [Internet]; 2007. Disponible en: [http://www.lancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(07\)61673-0/fulltext](http://www.lancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(07)61673-0/fulltext) Acceso: 12 de enero de 2012.
131. United Nations. Population Division [Internet]; 2012. Disponible en: <http://esa>.

- un.org/unpd/wpp/index.htm Acceso: 12 de enero de 2012.
132. World Health Organization. Standard Population [Internet]; 2012. Disponible en: <http://www.who.int/healthinfo/paper31.pdf> Acceso: 12 de enero de 2012.
  133. Rodríguez T, Malvezzi M, Chatenoud L, Bosetti C, Levi F, Negri E et al. Trends in mortality from coronary heart and cerebrovascular disease in the Americas: 1970-2000 [Internet]; 2006. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16537758> Acceso: 12 de enero de 2012.
  134. Rodríguez J, Kohn R. Prevalencia y carga de los trastornos mentales en la población adulta de América Latina; Norris FH, Kohn R. La utilización de los servicios de salud mental y la brecha de tratamiento en América Latina y el Caribe. En: Rodríguez JJ, Kohn R, Aguilar-Gaxiola S (eds.). Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Washington, DC: OPS; 2009 (Publicación Científica y Técnica No. 632).
  135. Organización Mundial de la Salud. Informes subregionales y de país WHO-AIMS [Internet]. Disponible en: [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&task=view&id=445&Itemid=1106](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=445&Itemid=1106) Acceso: 15 de agosto de 2011.
  136. Colditz GA, Wei EK. Preventability of cancer: the relative contributions of biological and social and physical environment determinants of cancer mortality [Internet]; 2012. Disponible en: <http://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev-publhealth-031811-124627?journalCode=publhealth> Acceso: 15 de agosto de 2011.
  137. Barceló A. Diabetes: epidemia en las Américas [Internet]; 2009. Disponible en: <http://www.slideshare.net/rdaragnez/diabetes-epidemia-en-las-amricas> Acceso: 15 de agosto de 2011.
  138. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Diabetes mellitus: tendencias, muertes evitables y desigualdades [Internet]; 2012. Disponible en: [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&task=view&id=6150&Itemid=2395](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=6150&Itemid=2395) Acceso: 15 de agosto de 2011.
  139. Federación Internacional de Diabetes [Internet]; 2011. Disponible en: <http://www.idf.org/> Acceso: 15 de agosto de 2011.
  140. Gaziano T et al. Scaling-up interventions for chronic disease prevention: the evidence [Internet]; 2007. Disponible en: [new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50-INF-6-F-e.pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50-INF-6-F-e.pdf) Archivo PDF Acceso: 15 de agosto de 2011.
  141. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles en las Américas: construyamos un futuro más saludable [Internet]; 2011. Disponible en: [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=14833&Itemid](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=14833&Itemid) Acceso: 15 de agosto de 2011.
  142. World Health Organization. WHO Global Database: Body Mass Index [Internet]; 2011. Disponible en: <http://www.who.int/bmi/index.jsp> Acceso: 15 de agosto de 2011.
  143. Pan American Health Organization. Non-communicable diseases basic indicators 2011: minimum, optimum, and optional data set for NCDs [Internet]; 2011. Disponible en: [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&task=view&id=51930&Itemid=51708&lang=en](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=51930&Itemid=51708&lang=en) Acceso: 15 de agosto de 2011.
  144. Whitlock G, Lewington S, Sherliker P, Clarke R, Emberson J, Halsey J et al. Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies [Internet]; 2009. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19299006> Acceso: 15 de agosto de 2011.
  145. Lutter CK, Chaparro CM, Muñoz S. Progress towards Millennium Development Goal 1 in Latin America and the Caribbean: the importance of the choice of indicator for under nutrition [Internet]; 2011. Disponible

- en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21346887> Acceso: 15 de agosto de 2011.
146. Victora CG, de Onis M, Hallal PC, Blössner M, Shrimpton R. Worldwide timing of growth faltering: revisiting implications for interventions [Internet]; 2010. Disponible en: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20156903](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20156903) Acceso: 15 de agosto de 2011.
  147. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la epidemia mundial de tabaquismo: advertencia sobre los peligros del tabaco [Internet]; 2011. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240687813\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240687813_eng.pdf) Acceso: 15 de agosto de 2011.
  148. Organización Mundial de la Salud. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco [Internet]. Disponible en: <http://www.who.int/fctc/es/> Acceso: 15 de agosto de 2011.
  149. World Health Organization. Report on Global Health Risks [Internet]; 2009. Disponible en: [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/global\\_health\\_risks/en/index.htm](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/global_health_risks/en/index.htm) Acceso: 15 de agosto de 2011.
  150. World Health Organization. Global Status Report on Alcohol [Internet]; 2011. Disponible en: [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/en/index.html](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/index.html) Acceso: 15 de agosto de 2011.
  151. United Nations General Assembly. Sixty-sixth Sessions. Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-Communicable Diseases [Internet]; 2011. Disponible en: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/LTD/N11/497/77/PDF/N1149777.pdf> Acceso: 15 de agosto de 2011.
  152. Pan American Health Organization. PAHO/ Data Base. Violence in the American Region [Internet]; 2007. Disponible en: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/en/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/en/) Acceso: 15 de agosto de 2011.
  153. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Muertes por causas externas. Sistema de Información de Mortalidad [Internet]; 2011. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/ha-unit-page.htm> Acceso: 15 de agosto de 2011.
  154. Vasconcelos E et al. Seguridad vial, salud y políticas públicas. En: Galvao L, Finkelman J, Henao S (eds.). Determinantes ambientales y sociales de la salud. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2010.
  155. Guerrero R et al. Violencia y salud: el desafío de un problema social en las Américas. En: Galvao L, Finkelman J, Henao S (eds.). Determinantes ambientales y sociales de la salud. Washington, DC: OPS; 2010.
  156. International Development Bank. FACT SHEET- Citizen Security [Internet]; 2009. Disponible en: <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=36241927> Acceso: 15 de agosto de 2011.
  157. World Health Organization. The Global Burden Disease. Disability [Internet]; 2008. Disponible en: [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/en/index.html](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/index.html) Acceso: 15 de agosto de 2011.
  158. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Situación de salud de las Américas. Indicadores básicos. Discapacidad [Internet]; 2010. Disponible en: [www.opas.org.br/informacao/UploadArq/eb\\_v22n4.pdf](http://www.opas.org.br/informacao/UploadArq/eb_v22n4.pdf) Acceso: 15 de agosto de 2011.
  159. Limburg H, Barria von-Bischhoffshausen F, Gomez P, Silva JC, Foster A. Review of recent surveys on blindness and visual impairment in Latin America. Br J Ophthalmol 2008 92(3): 315–9.
  160. World Health Organization. The World Health Report 2008. Primary Health Care. Now More than Ever [Internet]; 2008. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2008/en/index.html> Acceso: 15 de agosto de 2011.
  161. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo: financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal [Internet]; 2010. Disponible en:

- <http://www.who.int/whr/2010/es/index.html>  
Acceso: 15 de agosto de 2011.
162. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud [Internet]; 1978. Disponible en: [http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata\\_declaracion.htm](http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm) Acceso: 15 de agosto de 2011.
  163. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Declaración Regional sobre las Nuevas Orientaciones de la APS. Declaración de Montevideo [Internet]; 2005. Disponible en: <http://br.bing.com/search?q=Declaraci%c3%b3n%20Regional%20sobre%20las%20Nuevas%20Orientaciones%20de%20la%20APS.%20D e c l a r a c i % c 3 % b 3 n % 2 0 d e % 2 0 M o n t e v i d e o . % 2 0 W a s h i n g t o n % 2 0 D C . & m k t = p t - b r & F O R M = H P D W B R & D I = 2 8 8 3 & C E = 1 4 . 0 & C M = S e a r c h W e b> Acceso: 15 de agosto de 2011.
  164. Buenos Aires. Declaración “Hacia una estrategia de salud para la equidad, basada en la atención primaria” [Internet]; 2007. Disponible en: [www.fcm.unr.edu.ar/.../2007-Declaración%20de%20Buenos%20Aire](http://www.fcm.unr.edu.ar/.../2007-Declaración%20de%20Buenos%20Aire) Acceso: 15 de agosto de 2011.
  165. Vilaça ME. As redes de atenção a saúde [Internet]; 2011. Disponible en : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Vila%C3%A7a%20Mendes%2C%20E.%2C%20As%20redes%20de%20aten%C3%A7ao%20a%20sa%C3%BAde.%20OPS%2FCONASS.%20Brasilia%2C%20Brasil.%202011> Acceso: 15 de agosto de 2011.
  166. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. A Atenção á Saúde Coordenada pela APS. Construindo redes de atenção no SUS. Serie tecnica redes integrada de arenção a Saúde, No 2. Washington, DC: OPS/OMS; 2011.
  167. Perú, Ministerio de Salud. Experiencias de planificación de los recursos humanos en salud: Perú 2007–2010. Lima: Ministerio de Salud; 2011.
  168. Brasil, Ministerio de Salud. Política Nacional de Atención Básica [Internet]; 2007. Disponible en: [http://www.rededepesquisaaps.org.br/wpcontent/uploads/UserFiles/File/biblioteca/pactos\\_vol4.pdf](http://www.rededepesquisaaps.org.br/wpcontent/uploads/UserFiles/File/biblioteca/pactos_vol4.pdf) Acceso: 15 de agosto de 2011.
  169. Dussault G, Franceschini MC. “Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce” [Internet]; 2006. Disponible en: <http://www.cmdtla.org/combuilder/userprofile/gdussault> Acceso: 15 de agosto de 2011.
  170. Frenk J et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world [Internet]; 2010. Disponible en: [http://u21health.mty.itesm.mx/sites/default/files/Julio\\_Frenk.pdf](http://u21health.mty.itesm.mx/sites/default/files/Julio_Frenk.pdf) Acceso: 15 de agosto de 2011.
  171. World Bank. The nurse labor and education markets in the English-speaking CARICOM: issues and options for reform [Internet]; 2009. Disponible en: [siteresources.worldbank.org/INTJAMAICA/Resources/The\\_Nurse\\_Labor\\_Education\\_Market\\_Eng.pdf](http://siteresources.worldbank.org/INTJAMAICA/Resources/The_Nurse_Labor_Education_Market_Eng.pdf) Acceso: 15 de agosto de 2011.
  172. Centers for Disease Control and Prevention. Health: United States 2010. Persons employed in health service sites, by site and sex: United States, selected years 2000–2009 (Table 105) [Internet]; 2010. Disponible en: <http://www.cdc.gov/nchs/data/hus/hus10.pdf> Acceso: 15 de agosto de 2011.
  173. Association of American Medical College. New Physician Shortage Estimates Post-News Alert September 30 [Internet]; 2010. Disponible en: [Reformhttps://www.aamc.org/newsroom/newsreleases/2010/150570/100930.html](https://www.aamc.org/newsroom/newsreleases/2010/150570/100930.html) Acceso: 15 de agosto de 2011.
  174. World Health Organization. World Health Report 2010. Financing Health Care Systems: The Path to Universal Coverage [Internet]; 2010. Disponible en: <http://www.who.int/>

- whr/2010/en/index.html17 Acceso: 17 de octubre de 2011.
175. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Salud en las Américas 2007 (Vol. I) [Internet]; 2007. Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892010000300009&script=sci\\_arttext](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892010000300009&script=sci_arttext) Acceso: 15 de agosto de 2011.
  176. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Indicadores básicos 2011 - Situación de salud en las Américas [Internet]; 2011. Disponible en: [http://ais.paho.org/chi/brochures/2011/BI\\_2011\\_ESP.pdf](http://ais.paho.org/chi/brochures/2011/BI_2011_ESP.pdf) Acceso: 15 de agosto de 2011.
  177. Canadian Institute for Health Information. National Health Expenditure Trends in Canada: 1975-2011 [Internet]; 2011. Disponible en: [http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/nhex\\_trends\\_report\\_2011\\_en.pdf](http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/nhex_trends_report_2011_en.pdf) Acceso: 15 de agosto de 2011.
  178. Center for Medicare & Medicaid Services. National Health Expenditure Data - NHE Web tables 1960-2010, USA [Internet]; 2011. Disponible en: [http://www.cms.gov/NationalHealthExpendData/02\\_NationalHealthAccountsHistorical.asp#TopOfPage](http://www.cms.gov/NationalHealthExpendData/02_NationalHealthAccountsHistorical.asp#TopOfPage) Acceso: 15 de agosto de 2011.
  179. KaiserEDU.org. US Health Policy Explained, US Health Care Costs [Internet]; 2010. Disponible en: <http://www.kaiseredu.org/Issue-Modules/US-Health-Care-Costs/Background-Brief.aspx> Acceso: 15 de agosto de 2011.
  180. Kimbuende E, Salganicoff A, KaiserEDU.com. Health Policy Explained [Internet]; 2010. Disponible en: <http://www.kaiseredu.org/Issue-Modules/US-Health-Care-Costs/Background-Brief.aspx> Acceso: 15 de agosto de 2011.
  181. North Carolina Rural Economic Development Center, Inc. [Internet]; 2010. Disponible en: <http://www.ncruralcenter.org/events/485-2010-forum-background-health-care.html> Acceso: 15 de agosto de 2011.
  182. Galewitz P, Villegas A. Kaiser Health News. Uninsured Rate Soars, 50+ Million Americans Without Coverage [Internet]; 2010. Disponible en: <http://www.kaiserhealthnews.org/Stories/2010/September/16/census-uninsured-rate-soars.aspx> Acceso: 15 de agosto de 2011.
  183. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. El acceso a los medicamentos de alto costo en las Américas: contexto, desafíos y perspectivas. Serie Técnica No. 1: Medicamentos esenciales, acceso e innovación [Internet]; 2009. Disponible en <http://72.249.20.135/wordpress-mu/argentina/files/2010/06/Informe-MAC-OPS.pdf> Acceso: 14 de noviembre de 2011.
  184. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Estudio del impacto de la exclusión de los cuidados de salud sobre el acceso a medicamentos en Guatemala, Honduras y Nicaragua. Análisis comparativo [Internet]; 2010. Disponible en: [Www.durg-a.u.a.b.es/pub/Home/DurglaPanama2009/DURG-LA\\_Panama\\_2009.pdf](http://www.durg-a.u.a.b.es/pub/Home/DurglaPanama2009/DURG-LA_Panama_2009.pdf) Acceso: 15 de agosto de 2011.
  185. Guha-Sapir D, Vos F, Below R, Ponserre S. Annual Disaster Statistical Review 2010: The Numbers and Trends [Internet]; 2011. Disponible en: [http://www.cred.be/sites/default/files/ADSR\\_2010.pdf](http://www.cred.be/sites/default/files/ADSR_2010.pdf) Acceso: 15 de agosto de 2011.
  186. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Plan de acción de hospitales seguros [Internet]; 2010. Disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50-10-s.pdf> Acceso: 15 de agosto de 2011.
  187. Safe Hospitals [Internet]; 2011. Disponible en: [http://safehospitals.info/index.php?option=com\\_content&task=view&id=30&Itemid=1&lang=spash](http://safehospitals.info/index.php?option=com_content&task=view&id=30&Itemid=1&lang=spash) Acceso: 15 de agosto de 2011.

188. Pan American Health Organization. Health Response to the Earthquake in Haiti, January 2010 [Internet]; 2012. Disponible en: [http://new.paho.org/disasters/index.php?option=com\\_content&task=view&id=1626&Itemid=1](http://new.paho.org/disasters/index.php?option=com_content&task=view&id=1626&Itemid=1) Acceso: 15 de agosto de 2011.
189. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Fortalecimiento de los sistemas de información en salud [Internet]; 2012. Disponible en: [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&task=view&id=3558&Itemid=3972&lang=es](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=3558&Itemid=3972&lang=es) Acceso: 15 de agosto de 2011.
190. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Monitoreo del Plan eLAC 2010: Avances y desafíos de la Sociedad de la Información en América Latina y el Caribe [Internet]; 2011. Disponible en: <http://www.eclac.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/9/41729/P41729.xml&xsl=/ddpe/tpl/p9f.xsl&base=/elac2015/tpl/top-bottom.xsl#> Acceso: 15 de agosto de 2011.
191. Biblioteca Virtual en Salud [Internet]; 2011. Disponible en: <http://regional.bvsalud.org/php/index.php?lang=es> Acceso: 15 de agosto de 2011.
192. Centro Latinoamericano y del Caribe en Ciencias de la Salud; Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud [Internet]; 2011. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%28%22Cochrane%20database%20of%20systematic%20reviews%20%28Online%29%22%5BJournal%5D%29%20AND%20LILACS> Acceso: 15 de agosto de 2011.
193. Scimago. Country Rankings [Internet]; 2012. Disponible en: [http://www.scimagojr.com/countryrank.php?area=2700&category=2713&region=all&year=all&order=it&min=0&min\\_type=it](http://www.scimagojr.com/countryrank.php?area=2700&category=2713&region=all&year=all&order=it&min=0&min_type=it) Acceso: 15 de agosto de 2011.
194. Moloney A. Latin America faces hurdles in health research [Internet]; 2009. Disponible en: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(09\)61688-3/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(09)61688-3/fulltext) Acceso: 15 de agosto de 2011.
195. Krleža-Jerić K, Lemmens T, Reveiz L, Cuervo LG, Bero L. Prospective Registration and Results Disclosure of Clinical Trials in the Americas: A Roadmap Toward Transparency [Internet]; 2011. Disponible en: <http://ssrn.com/abstract=1908351> Acceso: 15 de agosto de 2011.
196. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Sistemas nacionales de ciencia, tecnología e innovación en América Latina y el Caribe [Internet]; 2010. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001871/187122s.pdf> Acceso: 15 de agosto de 2011.
197. Kaul I, Grunberg I, Stern M. Bienes públicos mundiales. Cooperación internacional en el siglo XXI [Internet]; 1999. Disponible en: <http://web.undp.org/globalpublicgoods/Spanish/Spsum.pdf> Acceso: 15 de agosto de 2011.
198. Tugwell P, Sitthi-Amorn C, Hatcher-Roberts J et al. Health research profile to assess the capacity of low and middle income countries for equity oriented research [Internet]; 2006. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/6/151> Acceso: 15 de agosto de 2011.
199. World Health Organization. Global Strategy and Plan of Action on Public Health, Innovation and Intellectual Property [Internet]; 2008. Disponible en: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/A61/A61\\_R21-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_R21-en.pdf) Acceso: 14 de noviembre de 2011.
200. World Trade Organization. Ministerial Declaration adopted on 14 November 2001 (Doha Declaration). Geneva: WTO; 2001 (WT/MIN(01)/DEC/1).
201. World Trade Organization. Implementation of Paragraph 6 of the Doha Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health.

- Geneva: WTO; 2003 (WT/L/540 and Corr.1).
202. Smith R, Correa C, Cecilia Oh. *Trade, TRIPS, and pharmaceuticals*. The Lancet Series 2009 [Internet]; 2009. Disponible en: [www.thelancet.com/collections/publichealth?collexcode=125&collexyear=all&sort=date](http://www.thelancet.com/collections/publichealth?collexcode=125&collexyear=all&sort=date) Acceso: 14 de noviembre de 2011.
  203. World Health Assembly. *Global strategy and plan of action on public health, innovation and intellectual property*. Geneva: WHA; 2008 (WHA61.21).
  204. Abbott FM. *Intellectual Property and Public Health: Meeting the challenge of sustainability*. Global Health Programme Working Paper No.7 [Internet]; 2012. Disponible en: [http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=1965458](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1965458) Acceso: 14 de noviembre de 2011.
  205. Dan WB, Wikler D. *Ethical Issues in Resource Allocation, Research, and New Product Development* [Internet]; 2006. Disponible en: <http://files.dcp2.org/pdf/DCP/DCP14.pdf> Acceso: 14 de noviembre de 2011.
  206. Rosoff PM. *Unpredictable Drug Shortages: An Ethical Framework for Short-Term Rationing in Hospitals* [Internet]; 2012. Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15265161.2011.634483> Acceso: 14 de noviembre de 2011.
  207. Weatherall D et al. *Science and Technology for Disease Control: Past, Present and Future*. [Internet]; 2006. Disponible en <http://files.dcp2.org/pdf/DCP/DCP05.pdf> Acceso: 14 de noviembre de 2011.
  208. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. *La salud y los derechos humanos*. Documento conceptual [Internet]; 2010. Disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50-12-s.pdf> Acceso: 14 de noviembre de 2011.
  209. Kickbusch I. *Advancing the global health agenda* [Internet]; 2012. Disponible en: <http://graduateinstitute.ch/globalhealth> Acceso: 14 de noviembre de 2011.
  210. Institute for Health Metrics and Evaluation. *Financing Global Health 2011: Continued Growth as MDG Deadline Approaches* [Internet]; 2011. Disponible en: <http://www.healthmetricsandevaluation.org/publications/policy-report/financing-global-health-2011-continued-growth-mdg-deadline-approaches> Acceso: 14 de noviembre de 2011.
  211. World Health Organization. *WHO Reform for a Healthy Future*. Executive Board EBSS/2/DIV/2 Special Session on WHO Reform 7 November 2011 [Internet]; 2011. Disponible en: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EBSS/EBSS2\\_DIV2-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EBSS/EBSS2_DIV2-en.pdf) Acceso: 14 de noviembre de 2011.
  212. Organización Mundial de la Salud. *Asamblea Mundial de la Salud apoya la agenda de reforma de la OMS* [Internet]; 2012. Disponible en: [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&task=view&id=6836&Itemid=1926](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=6836&Itemid=1926) Acceso: 14 de noviembre de 2011.
  213. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. *La diplomacia de cumbres y su impacto en la agenda de la salud global* [Internet]; 2011. Disponible en: <http://new.paho.org/blogs/erp/wp-content/uploads/2011/05/DiplomaciaCumbresV4.pdf> Acceso: 14 de noviembre de 2011.
  214. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. *Centenario de la Organización Panamericana de la Salud* [Internet]; 2002. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/dpi/100/spanish.htm> Acceso: 14 de noviembre de 2011.
  215. Harrison LE. *The Pan-American Dream*. New York, NY: Westview Press; 2008.
  216. Kiernan P. *Cien años de panamericanismo, 1902 – 2002* [Internet]; 2002. Disponible en: [http://www.paho.org/spanish/dd/pin/Numero12\\_article3\\_5.htm](http://www.paho.org/spanish/dd/pin/Numero12_article3_5.htm) Acceso: 14 de noviembre de 2011.

217. Council of Accredited MPH Programs. The relationship between public health and health education [Internet]; 2009. Disponible en: <http://www.mphprograms.org/publichealthhealtheducation.html> Acceso: 14 de noviembre de 2011.
218. Graham H. Where is the future of public health? [Internet]; 2010. Disponible en: <http://www.milbank.org/> Acceso: 14 de noviembre de 2011.
219. Pearce D, Groom B, Hepburn C, Koundouri P. Valuing the future [Internet]; 2003. Disponible en: [www.milbank.org/quarterly/8802featGraham.html](http://www.milbank.org/quarterly/8802featGraham.html) Acceso: 14 de noviembre de 2011.
220. Intergovernmental Panel on Climate Change. Climate Change Synthesis Report [Internet]; 2007. Disponible en: [http://www.google.com.mx/search?sourceid=navclient&ie=UTF-8&rlz=1T4DKUS\\_enMX261MX271&q=PCC%2c+2007++Intergovernmental+Panel+on+Climate+ChangeClimate+Change.+Synthesis+Report.+Geneva](http://www.google.com.mx/search?sourceid=navclient&ie=UTF-8&rlz=1T4DKUS_enMX261MX271&q=PCC%2c+2007++Intergovernmental+Panel+on+Climate+ChangeClimate+Change.+Synthesis+Report.+Geneva) Acceso: 14 de noviembre de 2011.
221. United Nations. Report of the World Commission on Environment and Development: Our Common Future [Internet]; 1987. Disponible en: <http://www.un-documents.net/wced-ocf.htm> Acceso: 14 de noviembre de 2011.
222. World Health Organization. Commission on Social Determinants of Health. Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health [Internet]; 2008. Disponible en: [http://www.searo.who.int/LinkFiles/SDH\\_SDH\\_FinalReport.pdf](http://www.searo.who.int/LinkFiles/SDH_SDH_FinalReport.pdf) Acceso: 14 de noviembre de 2011.
223. Rasanathan K, Villar ME, Matheson D, Etienne C, Evans T. Primary health care and the social determinants of health: essential and complementary approaches for reducing inequities in health [Internet]; 2010. Disponible en: [http://www.who.int/sdhconference/resources/rasanathan\\_jepidemiolcommunityhealth2009.pdf](http://www.who.int/sdhconference/resources/rasanathan_jepidemiolcommunityhealth2009.pdf) Acceso: 14 de noviembre de 2011.
224. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas [Internet]; 2010. Disponible en: [http://www.who.int/social\\_determinants/spanish\\_adelaide\\_statement\\_for\\_web.pdf](http://www.who.int/social_determinants/spanish_adelaide_statement_for_web.pdf) Acceso: 14 de noviembre de 2011.
225. The Earth Institute. World Happiness Report [Internet]; 2012. Disponible en: <http://issuu.com/earthinstitute/docs/world-happiness-report> Acceso: 14 de noviembre de 2011.
226. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Informe de la consulta informal preparatoria de la Organización Panamericana de la Salud para la “cumbre de la tierra 2012” [Internet]; 2010. Disponible en: <http://br.bing.com/search?q=Informe%20de%20la%20consulta%20informal%20preparatoria%20de%20la%20Organizaci%c3%b3n%20Panamericana%20de%20la%20Salud%20para%20la%20e2%80%9ccumbre%20de%20la%20tierra%202012%e2%80%9d%20Washington%2c%20D%2c%20E%20U%20A.%208%20de%20noviembre%20del%202010&mkt=ptbr&FORM=HPDWBR&DI=2883&CE=14.0&CM=SearchWeb> Acceso: 14 de noviembre de 2011.