

**I Encuentro Internacional de Investigadores de la Red
Latinoamericana de Cooperación Universitaria**
**“América latina : Dilemas y Desafíos de Cara al Siglo
XXI”**

Universidad de Belgrano .

**Ciudad de Buenos Aires . Argentina .11 y12 de marzo de
2004**

**EL ESTADO DE SALUD EN SUDAMERICA: LAS
POLÍTICAS DE SALUD Y SUS RESULTADOS EN
ARGENTINA , PARAGUAY , BOLIVIA , URUGUAY Y
CHILE**

Autora: Sandra Pamela Elizondo

Universidad Nacional de San Juan

Ruta 40, 3157 sur. Rawson.

Tel:(0264)4240464

E-mail: eurico18@hotmail.com

Resumen:

En el presente trabajo se analizará las políticas de salud implementadas en los países de América del Sur, así como también se observará si las mismas han logrado resultados positivos y han tenido como consecuencia una evolución en la expectativa de vida de los países sudamericanos, una disminución de la mortalidad infantil y un control eficaz de las enfermedades infectocontagiosas.

Los objetivos son:

1. Determinar cuales han sido las mejoras que se han alcanzado las políticas de salud implementadas en este sector en los últimos 20 años.
2. Señalar el sector social más afectado en los países sudamericanos dado la imposibilidad de los mismos para acceder al servicio de salud.
3. Señalar cuales ha sido las reformas que se implementarán en los sistemas de salud y cuales son sus objetivos.
4. Advertir cuáles son los países en los cuales los desórdenes nutricionales y la desnutrición constituyen un problema a resolver.
5. Determinar que porcentaje de la población sudamericana está imposibilitada de acceder a este servicio

Entre las conclusiones principales se destacan las siguientes:

Las políticas de salud implementadas en los países de América del Sur han logrado resultados positivos ya que en la mayor parte de estos se ha logrado una importante

reducción de los índices de mortalidad infantil, y en las enfermedades inmunoprevenibles e infectocontagiosas , esto se debe a los programas implementados a tal efecto.

No obstante un problema que aún es una materia pendiente en los países sudamericanos es la inequidad imperante ya que dentro de los países pueden señalarse diferencias considerables en las condiciones sanitarias entre las poblaciones rurales y urbanas , entre las regiones habitadas por indígenas y aquellas que no.

Es por esta razón que todas las reformas que se pretenden implementar tienen como objetivo amortiguar las enormes diferencias que existen en lo que respecta a las posibilidades de acceder a estos servicios así como también impulsar la participación social.

Se han implementado además programas contrarrestan una de las principales causas de la pobreza, como es la desnutrición infantil en la mayor parte de los países.

Abstract:

In this presentation will be analyzed the South American's countries health politics and their results.

The objectives of this presentation are determinate what positives results has been able to reach the South American countries with these health politics , specify which is the part of population which can't acced to health services because they live in a very difficult economic situation .

Another objective is determine the number and quality of reforms that these countries have been able to do in health's system and determine which are the countries with the most high index in malnutrition and another nutritional disorder in South America .

The most important conclusions are that the politics and their programs have obtained an effective control of infant mortality and infectious diseases.

However there are a problem which has not had a solution , this problem is inequality among the members of society because in every country we can see big difference in their social condition and most of them can't access to health's services . this trouble is bigger in natives populations.

For this reason all the reform in the health's services had tried and try actually eliminate these tremendous social differences in every country and get social participation to find a solution to this problem.

Problema:

En el presente trabajo se analizará las políticas de salud implementadas en los países de América del Sur, así como también se observará si las mismas han logrado resultados positivos y han tenido como consecuencia una evolución en la expectativa de vida de los países sudamericanos, una disminución de la mortalidad infantil y un control eficaz de las enfermedades infectocontagiosas.

Se podrá advertir que a pesar de que en la mayor parte de los países sudamericanos se han alcanzado avances importantes en los últimos 20 años , aún existen serios problemas en los sistemas de salud para los cuales será necesario implementar nuevas políticas de salud las cuales importen la solución de los mismos.

Justificación:

Se considera este tema de relevancia dado que el acceso a los servicios de salud , está presente como un derecho fundamental en los textos constitucionales de todos los países de Sudamérica y debido a que un mejoramiento en este tipo de servicios básicos posibilitará no solo una mejora en las condiciones de vida de toda la población sino que , además si se pretende a largo plazo dejar de ser considerados países en vías de desarrollo y alcanzar la posición de países desarrollados se necesitará lograr una verdadera disminución de la mortalidad infantil , una evolución mayor de la expectativa de vida y un control efectivo de las enfermedades infectocontagiosas , así como también mayor igualdad en lo que se refiere al acceso de este servicio lo que implica proponer reformas a favor de los sectores sociales más afectados por la falta de acceso a este tipo de servicios básicos.

Objetivos.

- Determinar cuales han sido las mejoras que se han alcanzado las políticas de salud implementadas en este sector en los últimos 20 años.
- Señalar el sector social más afectado en los países sudamericanos dado la imposibilidad de los mismos para acceder al servicio de salud.
- Señalar cuales ha sido las reformas que se implementarán en los sistemas de salud y cuales son sus objetivos.
- Advertir cuáles son los países en los cuales los desórdenes nutricionales y la desnutrición constituyen un problema a resolver.
- Determinar que porcentaje de la población sudamericana está imposibilitada de acceder a este servicio

Los países de Sudamérica constituyen una gran diversidad de realidades sociales y culturales, que si bien le da una caracterización particular a cada uno de ellos, en líneas generales la situación social posee orígenes similares.

En el ámbito de la salud en la Región Sudamericana, la misma puede describirse aplicando diferentes criterios, los que se utilizarán en el presente trabajo serán los siguientes:

Uno de estos aborda la situación de salubridad con el análisis del comportamiento de los indicadores de mortalidad, (fundamentalmente la infantil), así como también la evolución de la esperanza de vida en los diferentes países de Sudamérica.

Otro enfoque que se utilizará es determinar la situación de salubridad teniendo en cuenta los avances que se han producido en el control de enfermedades (en el caso de que los mismos existan), fundamentalmente las infecciosas.

La salud en Argentina.

Según el Dr. Héctor Moguilevsky¹, uno de los factores que intervienen en la expectativa de vida de una sociedad es el PBI per. Cápita .que tiene un país ya que ha medida que los ingresos aumentan, mejora la expectativa de vida y a su vez, los países que tiene una mayor expectativa de vida cuenta con menores índices de mortalidad infantil.

Uno de los factores que interviene de manera importante cuando se hace referencia tanto a la mortalidad infantil como a la esperanza de vida es la distribución de los ingresos,

¹ Moguilevsky Héctor, Revista Médicos.2000

ya que aquellos países en donde dicha distribución es muy desigual tiene mayores índices de mortalidad infantil y una menor expectativa de vida.

Se hará referencia a cual es la situación de los países de la zona 1.

La desnutrición infantil en Argentina es un problema que ha alcanzado una mayor trascendencia en esta los últimos 5 o 6 años ya que se profundizó con la inestabilidad económica que sobrevino con la recesión y a esto debe sumársele el incremento de la desocupación, la pobreza y la marginalidad.

Es un problema que afecta fundamentalmente a la provincia del norte de Argentina ,zona que está aún más afectada por la pobreza que el resto de las regiones del país.

Una encuesta antropométrica efectuada entre 1995 y 1996 por el Ministerio de Salud en niños menores de 6 años atendidos en hospitales arrojó una cifra del 12,9% de chicos con déficit de talla. La mayor prevalencia de bajo peso y baja talla para la edad se encontró en Chaco y Tucumán.

La mortalidad infantil más elevada se presenta en la provincia de Formosa, Tucumán, Corrientes y La Rioja , mientras que la más baja se encuentra en la ciudad de Buenos Aires

Según la Organización Panamericana de la salud Argentina está en condiciones de certificar la interrupción de la transmisión vectorial de la enfermedad de Chagas en ocho de las provincias, otras seis provincias se encuentran en situación intermedia de control, un tercer grupo de cinco provincias se encuentran todavía en situación de riesgo de transmisión.

La mayor intensidad de la malaria se presenta en un área de riesgo de la provincia de Salta, limítrofe con Bolivia. En el noreste, se presentaron en forma ocasional algunos episodios epidémicos. Durante el año 2000, se notificaron un total de 461 casos de esta

enfermedad. Algunas provincias son consideradas como potencialmente expuestas a la fiebre amarilla., aún cuando no se hayan registrado en ellas casos de la enfermedad.

En relación a las enfermedades prevenibles por vacunas la situación es alentadora. El último caso de poliomielitis por poliovirus salvaje registrado en la Argentina fue en el año 1984.. A partir de 1995 se logran coberturas vacunales mayores del 90%. En 1996 no se registraron casos de sarampión. Sin embargo, Argentina tuvo un brote de sarampión con 121 casos confirmados en 1997, 10.229 en 1998, y 351 en 1999. En el año 2000, hubo 935 casos sospechosos notificados. Desde 1990, la cobertura de vacunación contra el sarampión superó el 90%.

Se definieron siete políticas instrumentales en el Marco Estratégico-Político establecido por el Decreto 455 del año 2000 las cuales tenían como objetivo concertar la acción de salud entre nación, provincias y municipios; ejercer la conducción del sector con énfasis al desarrollo de las capacidades locales; el uso racional de los recursos financieros disponibles; atender a las brechas, e inequidades; promover la articulación en cada una de las jurisdicciones de los recursos públicos, privados y de la sociedad civil; apoyar el desarrollo de las instituciones del tercer sector (ONGs) en actividades relacionadas a la promoción, protección, prevención y rehabilitación de la salud; promover en el nivel municipal la activa participación social en el cuidado de la salud individual y colectiva.²

El Sistema de Salud Argentino presenta dos importantes aspectos. Por un lado es muy descentralizado hacia el nivel provincial. Otro aspecto importante es el rol histórico del movimiento obrero en el país, que resultó en que a mediados del siglo XX la principal herramienta de financiamiento de la atención a la salud se quedara a cargo de las entidades

sindicales constituidas en las denominadas 'Obras Sociales'.

Existe un Programa de Atención de la Salud Materno Infantil el cual da cobertura a la población de mujeres y niños con mayores riesgos con énfasis en el control prenatal, la atención del parto y el control de salud y desarrollo de los niños. La cobertura de vacunación se incrementó progresivamente durante el período 1980-1999. Desde 1990 éstas son superiores a 80% en todas las provincias y desde 1995 superiores al 85%. En el año 2000 las cifras nacionales fueron del 91% para Sabin (3° dosis), 92% en DPT (3° dosis) y 95% para antisarampionosa.

La totalidad de las provincias tienen redes organizadas de servicios hospitalarios y ambulatorios, algunas de ellas bastante avanzadas. Muchas otras tienen servicios de atención primaria no siempre bien integrados con las redes provinciales, que tienen coberturas y capacidad de respuesta más amplia.

Gasto del sector de la salud y financiamiento:

Para el año de 1997, el 55% del gasto en salud era público y el 45 % privado. Del gasto público, el 60% era financiado a partir de la seguridad social y el 40% directamente desde los impuestos. Para 1999, el total de gasto en salud en el País fue estimado en US\$ 23, 9 mil millones lo que correspondió a un per. Capita de cerca de 750 US\$.

Los mayores aportes financieros provienen de los créditos para proyectos que realiza el Banco Interamericano para el Desarrollo (BID) y el Banco Mundial.

Chile. País Sudamericano.Realidad Diferente

² Organización Panamericana de la Salud (OPS) “La Salud en las Américas”,Resúmen 1999-2000.

Con respecto a Chile , la situación es más favorable que la de la mayor parte de los países sudamericanos. Hacia 1950 la mortalidad infantil era de 120 por mil descendiendo a 68 por mil en 1970 y alcanzando un valor de 10,3 por mil en 1998.

Se ha logrado una reducción del 75% en los últimos 20 años y la velocidad de descenso solo experimentó un periodo de inestabilidad entre 1984 y 1988.

Dos tercios de la mortalidad infantil en Chile de 1998 se producen por problemas neonatales y anomalías congénitas que constituyen los motivos básicos de defunción en las 4 primeras semanas de vida.

Otras causas importantes de defunción son las enfermedades infectocontagiosas.

Existen diferencias en cuanto al riesgo de morir del lactante entre las regiones del país y puede advertirse que los índices de mortalidad infantil son mayores en la Atacama, Biobío y Antofagasta, mientras que los valores menores se aprecian en Tarapacá, Magallanes, y a la Región Metropolitana.³

Comparando la situación de 1990 con la de 1998 se advierte que las tasas han descendido en todas las regiones pero muy especialmente en la Araucanía, Los Lagos y Coquimbo.

En 4 de las 50 provincias chilenas no se produjeron muertes de menores (Parinacota, Pascua, Capitán Prat y Tierra del Fuego) situación que está vinculada a la escasa población y bajo número de nacimientos.

El peso de nacimiento continúa siendo un factor crucial en el control de la mortalidad infantil apreciándose que los niños de bajo peso tiene un riesgo 16 veces mayor que los de eso normal.

³ Kaempfer Ana, Medina Ernesto “Análisis de la mortalidad infantil y factores condicionantes en Chile”. Revista Chilena de Pediatría.1998.

La mortalidad infantil, que fue de 10,1 por mil nacidos vivos (NV) en 1999, se observa un descenso de tres componentes: mortalidad infantil tardía, mortalidad neonatal y mortalidad neonatal precoz. Entre los niños de 1 a 4 años se produjeron 461 muertes en 1999, lo que equivale a un 0,5% del total con una tasa de 0,4 por mil habitantes. El primer grupo de causas de mortalidad son las externas con un 33,4% de las defunciones.

En marzo de 1945 se comprobó el último brote epidémico de malaria, que fue rápidamente sofocado. Desde entonces no se diagnostican casos autóctonos. El país se encuentra libre de la presencia de *Aedes aegypti*. El área endémica para la enfermedad de Chagas abarca zonas rurales y peri urbanas entre la Tarapacá y la Región Libertador General Bernardo O'Higgins, con una población expuesta de 850 mil habitantes.

El último caso de poliomyelitis en Chile ocurrió en 1975. En 1999, la tasa de notificación de parálisis fláccida aguda superó en 25% a la de 1998. En 1996 se presentó el último caso de difteria. En 1993, se presenta un sólo caso de sarampión importado y en los 3 años siguientes no hubo confirmación de casos. En los años posteriores, ocurren brotes localizados y casos esporádicos, con un total de 58 (1997), 6 (1998) y 31 (1999). En 2000, se realizaron campañas de vacunación masiva contra el sarampión en el país.

En el período de 1996 se ha acentuado el descenso de la morbilidad por tuberculosis, que de 52 por cien mil en 1989, llega a 22 en 1999.

En 1998 se presenta un brote de cólera en San Pedro de Atacama con 23 casos. Las tasas de incidencia de la Fiebre Tifoidea y Paratifoidea han experimentado un franco descenso, lográndose la tasa más baja (5 por cien mil habitantes) el año 1999.

Las políticas de salud han tenido continuidad durante la última década. El marco de

políticas y planes definidos para el periodo 2000-2006 establece las siguientes metas estratégicas:

- subrayar la importancia de los derechos ciudadanos en salud;
- reformar el sistema de financiamiento;
- elaborar un programa de acceso equitativo a la salud;
- modernizar la red de protección social de salud;
- mejorar las garantías sanitarias en el sector público;
- desarrollar una política de Estado de promoción en salud;
- fiscalizar el cumplimiento de derechos de beneficiarios de las

Instituciones de Salud Provisional (ISAPRES); y,

- institucionalizar funciones de calidad.

Las metas ministeriales de corto plazo (2000-2002) contienen prioridades que consisten en: acceso y oportunidad de atención, derechos ciudadanos en salud a través de la adhesión a la Carta de Derechos del Paciente, y la creación de un programa nacional de participación de los usuarios. Estrategias y programas de reforma del Sector Salud. Para impulsar esta reforma el gobierno constituyó, en el año 2000, una Comisión Interministerial. Los lineamientos fundamentales establecen un Plan Garantizado, que comprometa tanto al seguro público (FONASA) como a las aseguradoras privadas (ISAPRE) y establece garantía de atención eficiente y oportuna respecto de las enfermedades más frecuentes, más graves y de mayor costo. La priorización es el nivel primario de atención, fortaleciendo los equipos de salud familiar y comunitaria. En términos estructurales, la reforma apunta a la creación de un Fondo Solidario construido con aporte fiscal y tres séptimo de las cotizaciones obligatorias de salud, que financiaría el

Plan Garantizado para los afiliados a FONASA y a las ISAPRE.

El Ministerio de Salud ejerce la conducción sectorial. Le corresponde formular y fijar las políticas de salud y dictar normas y planes generales para el Sistema; y supervisar, controlar y evaluar el cumplimiento de las mismas.

Durante el año 2000, la cooperación técnica externa se trató sobre los temas sociales, calidad de la vida, salud mental, epilepsia, medidas de equidad en la salud, y VIH/SIDA. Se hizo un importante esfuerzo hacia el establecimiento de una línea basal de indicadores sociales, con el objeto de ordenar y buscar ejes de trabajo más compartido entre el Sistema de Naciones Unidas, así como entre éste y sus contrapartes nacionales.⁴

Uruguay. Grandes logros en poco tiempo.

En Uruguay la situación se presenta en forma similar a Argentina aunque el primero tiene una tasa menor de mortalidad infantil. La tasa de mortalidad infantil para todo el país fue 19,6 por 1.000 en 1995 y 17,5 por 1.000 en 1996. Casi la totalidad (99%) de los nacimientos ocurren en un hospital y 100% son certificados por un médico o un partero universitario.. En 1999 hubo 56 mil nacidos vivos, presentando para ese año una tasa de mortalidad infantil de 14,4 por 1 000 nacidos vivos con una tasa de mortalidad neonatal de 8,5 por mil y una postneonatal de 5,9 por mil. Para el año 2000, la tasa de mortalidad infantil en el país fue de 14,1 por 1.000 nacidos vivos, en Montevideo fue de 14,6 y en el resto del país de 13,7.

El Uruguay posee un alto grado de control contra la enfermedad de Chagas. Sucesivas evaluaciones internacionales 1998, 1999 y 2000 han recertificado este logro alcanzado por Uruguay como primer país endémico que interrumpe la transmisión.

⁴ Organización Panamericana de la Salud : “Ob.cit”

Con respecto a las enfermedades inmunoprevenibles hace dos décadas que no se notifican casos de poliomielitis, tétanos neonatal o difteria. En 1999 se registraron 34 casos de sarampión, dos de parálisis flácida aguda, 3 casos de tos ferina, 24 de paperas, 3 de rubéola y ninguno de tétanos no neonatal. La cobertura de vacunación en menores de 1 año en 2000 fue la siguiente: BCG 99%, DTP3 88%, OPV3 88%, Antisarampionosa 90%.

No hay ningún caso de cólera notificado ante el Ministerio de Salud Pública. Tampoco existen cifras de morbilidad en cuanto a los casos de enfermedades infecciosas intestinales.

Los casos de tuberculosis notificados en le Uruguay fueron: 708 (1997), 668 (1998), y 627 (1999)

En relación con las políticas que se implementaron ante esta situación se puede decir que la actual Administración (2000-2005) ha fijado 6 objetivos principales con respecto a la salud como son :

- Fortalecer el funcionamiento gerencial de las instituciones públicas y privadas de salud; adecuar la oferta de prestaciones según las características epidemiológicas y necesidades de la población
- Universalizar la cobertura de salud de la población facilitando el acceso y la atención para los cuatro niveles de complejidad
- Mejorar la calidad de las prestaciones en los cuatro niveles de complejidad; racionalizar el uso de los servicios en los llamados Institutos de Medicina Altamente Especializada;
- Promover la participación social a través de los usuarios de los servicios de salud y las instituciones de salud con el propósito de lograr acciones

capaces de resolver los problemas en un clima de confianza y respeto a los derechos de los ciudadanos.

El Ministerio de Salud Pública (MSP) ha establecido un programa de medidas inmediatas, en acuerdo con las principales instituciones de atención a la salud. El propósito es superar la crisis de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) y mantener las fuentes de empleo.

La principal preocupación del Gobierno es la cobertura y la sustentación del sistema mutual, lo que implica la reorganización de la gestión de las instituciones mutuales y de sus modelos de atención. A estos efectos, el Ministro de Salud Pública ha convocado a la llamada Comisión intersectorial para el fortalecimiento del mutualismo: .El MSP ha realizado una serie de auditorías de gestión en las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMCs) durante el 2000 y principios del 2001. Las auditorías reflejaron la difícil situación de endeudamiento de las IAMCs.

Gasto y financiamiento sectorial:

El gasto per cápita en salud para 1998 ascendió a US\$697, y el gasto total en salud representó 10% del producto interno bruto. El gasto público (46%) y el privado (54%) fueron relativamente proporcionales. El gasto público en salud representó 14% del gasto general del Gobierno. Corresponden al sector público todos los gastos en promoción de la salud, prevención de enfermedades y vigilancia epidemiológica. Tanto el Banco Mundial como el Banco Interamericano de Desarrollo continúan cooperando con el Ministerio de Salud Pública, además de con otras instituciones relacionadas con el área social. El cometido de esta cooperación se centra en cooperar con el proceso de descentralización de

los servicios de salud del Ministerio, mejorar la identificación de sus usuarios, capacitar sus recursos humanos en gestión de servicios, entre otros.

Paraguay

Paraguay es uno de los países con mayores resultados negativos en la región . Su situación se visualiza claramente en estos indicadores.

En 1995 la mitad de las defunciones registradas de menores de 1 año ocurrieron durante los primeros 28 días de vida. La tasa de mortalidad neonatal fue de 9,8 por 1.000 nacidos vivos y las lesiones debidas al parto fueron responsables de 38% de estas defunciones, las infecciones del recién nacido de 18% y la prematuridad de 15%. La tasa de mortalidad posneonatal fue de 9,9 por 1.000 nacidos vivos y la neumonía, la influenza y las diarreas fueron las principales causas. La tasa de mortalidad en niños de 1 a 4 años de edad en 1995 fue de 5,7 por 1.000 nacidos vivos registrados. Las principales causas de defunción fueron la neumonía, la diarrea y los accidentes. Los únicos datos de morbilidad disponibles son los registrados por los establecimientos del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, datos que adolecen de deficiencias de cobertura y calidad. Para el grupo de menores de 5 años las primeras causas de consulta en 1995 fueron las infecciones respiratorias agudas, que generaron 146.971 consultas, mientras que las enfermedades diarreicas agudas generaron 30.729, las parasitosis 27.421 y las anemias 16.652. En 1995 se registraron 147 defunciones en el grupo de 5 a 9 años de edad, 55% de las cuales ocurrieron en varones.

Enfermedades transmitidas por vectores. La malaria representa un problema residual, con un número estable de casos que en los últimos tres años nunca excedió de 1.000. Hasta 90% de los casos, se concentran en ocho distritos de los departamentos de Alto Paraná, Caaguazú y Canendiyú. Desde la epidemia de dengue por serotipo 1 ocurrida

en 1988–1989, en la que se registraron más de 40.000 casos, no se notificaron nuevos casos a pesar de que el vector, *Aedes aegypti*, mantiene infestadas casi todas las localidades del país. La enfermedad de Chagas constituye actualmente la principal enfermedad transmitida por vectores y uno de los problemas relevantes de salud pública.

Entre las enfermedades inmunoprevenibles el sarampión muestra una tendencia de franco descenso: hasta 1993 se producían epidemias cada tres años que superaban los 2.000 casos anuales; desde ese año hasta 1996 se registraron 2.066, 142, 69 y 13 casos, respectivamente. No obstante, a partir del mes de mayo de 1997 se produjo un brote que afectó principalmente al departamento del Alto Paraná, cuyas ciudades más pobladas - Ciudad del Este, Presidente Franco y Hernandarias- tienen límites con el Brasil. A finales de 1997 se habían notificado más de 300 casos, 180 de los cuales se confirmaron en el laboratorio o por nexo epidemiológico. El último caso de poliomielitis se produjo en 1985.

La tuberculosis sigue constituyendo un problema de salud pública, principalmente en la población indígena y rural. En 1992 y 1993, la tasa de incidencia anual fue de 43,3 por 100.000 habitantes, en 1994 de 38,4, en 1995 de 36,1 y en 1996 de 37,2. De estos casos 95% son formas pulmonares; 45% fueron confirmados por baciloscopia en 1995. La notificación, en especial la de los casos confirmados por bacteriología, sigue siendo parcial e irregular y los casos notificados no reflejan la verdadera magnitud del problema. Los últimos estudios de cohortes muestran tasas de curación de alrededor de 70% y tasas de abandono de 17%. Entre 1992 y 1996 el registro de casos nuevos de lepra se mantuvo relativamente estable; 365, 338, 376, 227 y 386 fueron los casos registrados cada año. La tasa de prevalencia nacional es de 2,5 por 10.000, aunque existen problemas de subregistro.

En los departamentos de Alto Paraguay, Amambay y Canendiyú se alcanzan las prevalencias máximas.

Desde que se inició la epidemia de cólera en las Américas, el Paraguay ha notificado 7 casos, 3 en 1993 y 4 en 1996, todos confirmados por laboratorio y causados por *Vibrio cholerae* O1, biotipo El Tor, serotipo Inaba. Entre 1992 y 1996 los servicios públicos de salud notificaron alrededor de 40.000 casos anuales de diarrea. Tanto el número como la proporción relativa de casos en mayores y menores de 5 años se mantuvo estable en el período (80% de casos en menores de 5 años y 20% en el resto).

.La evolución del SIDA no ha sido de gran magnitud ya que desde 1986 hasta diciembre de 1996 se han registrado en el Paraguay 253 casos de sida, con una letalidad de 57%. Durante el primer cuatrienio de la epidemia la media anual de casos no llegó a 10. En el quinquenio siguiente se registraron unos 20 casos anuales y durante los últimos cuatro años el promedio fue 35. La incidencia anual es de un caso por 100.000 habitantes.

LA DESNUTRICION

La desnutrición debida a ingesta inadecuada de proteínas y calorías no constituye un problema grave en el Paraguay. Sin embargo, las enfermedades carenciales como las anemias, el bocio endémico y algunas hipovitaminosis son muy frecuentes, principalmente en la población de menores recursos. Según el censo de 1993 de talla para la edad en escolares, la prevalencia nacional de desnutrición crónica fue 10,3%; en áreas rurales fue el doble y en alumnos de escuelas estatales casi triplicó la de escuelas privadas. En 1995 se

registraron 88 defunciones, 33 de ellas en menores de 5 años, cuya causa básica fueron enfermedades nutricionales, avitaminosis y anemias.⁵

La política nacional de salud busca básicamente responder a las necesidades de salud de la población, en coordinación con las instituciones del sector público y privado.

Establece como prioridades la salud maternoinfantil y la nutrición, el control de las enfermedades inmunoprevenibles, transmisibles y zoonosis, el saneamiento ambiental, el fortalecimiento de los servicios de salud, la coordinación interinstitucional, la participación comunitaria en el sistema de servicios de salud y la atención a sectores marginales y asentamientos de indígenas. En diciembre de 1996 el Congreso sancionó la Ley No. 1.032 que crea el Sistema Nacional de Salud. El sistema tiene como finalidad primordial prestar servicios a todas las personas de manera equitativa, oportuna y eficiente, sin discriminación de ninguna clase, mediante acciones de promoción, recuperación y rehabilitación. A través del mismo se establecen conexiones intersectoriales e intrasectoriales concertadas. El sistema incorpora a todas las instituciones que fueron creadas con la finalidad específica de participar en actividades de salud.

La Ley del Sistema Nacional de Salud es parte de la estrategia de reforma del sector y contempla los principios de equidad, calidad, eficiencia y participación social. Su implementación ha comenzado mediante un proceso de descentralización a nivel de los departamentos y direcciones regionales y con el desarrollo de dos proyectos apoyados por el Banco Mundial y el BID dirigidos al fortalecimiento de los servicios de salud en 11 departamentos en los que reside 71% de la población.

⁵ Fujimoto Gómez Gabriela “Las Políticas en el desarrollo infantil Temprano”.2002.

.El Ministerio realiza actividades de educación y comunicación social en apoyo de los programas de sida, cólera, salud familiar, supervivencia infantil, prevención del uso indebido de drogas y del tabaquismo, nutrición y salud del adolescente. No obstante, no se ha evaluado el alcance nacional de dichos programas. En marzo de 1997 se firmaron convenios con 10 municipios, incluido el de Asunción, para el desarrollo de una estrategia de municipios saludables.⁶

Gasto y financiamiento sectorial

Del total del gasto sanitario, 20% proviene del presupuesto general de la nación; las contribuciones al IPS representan 26% y el 54% restante son gastos directos de la población. En 1996, 64% del financiamiento del presupuesto del Ministerio de Salud Pública tuvo su origen en recursos del Tesoro, 14% en pagos originados en la central hidroeléctrica de Itaipú, 6% en recursos propios, 6% en recursos de crédito externo, 5% en recursos especiales y 5% en otros recursos..

El Gobierno ha concertado múltiples acuerdos de cooperación técnica internacional bilateral y multilateral, con el objetivo de ampliar la cobertura de los servicios de salud y mejorar la atención a la población. El Gobierno ha concertado proyectos por US\$75 millones con el BID, el Banco Mundial y la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA), enfocados a la atención materna infantil en 12 departamentos en los que habita 73% de la población. Existen otros proyectos de cooperación con el Banco de Fomento Alemán, organismos de cooperación de Alemania, Brasil, Francia y Japón, UNICEF, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (AID), el Fondo de Población de las Naciones Unidas, la Fundación Kellogg, el Programa Mundial

⁶ Organización Panamericana de la Salud "Ob.cit."

de Alimentos, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo del Canadá, el club Rotario Internacional, el Cuerpo de Paz de los Estados Unidos y el Gobierno de España.

Bolivia es uno de los países más afectados por la mortalidad infantil en Sudamérica a pesar de que la tasa de mortalidad infantil ha descendido, de 89 por mil nacidos vivos en 1988 a 75 en 1993 y 55 por mil en 2000, aunque en algunas zonas rurales supera 80 por mil nacidos vivos. La tasa de mortalidad neonatal alcanza un promedio de 34 por mil nacidos vivos: 57% mortalidad neonatal precoz y 43% mortalidad neonatal tardía. La tasa de mortalidad en los menores de 5 años descendió de 116 por mil nacidos vivos en 1993 a 79 por mil nacidos vivos en 2000. Aproximadamente 40% de las muertes de menores de 5 años corresponde a niños menores de 1 mes, 37% se atribuye a enfermedades diarreicas, 20% a neumonías y 16% a afecciones perinatales

Con respecto a las enfermedades transmisibles por vacunas la situación se presentó entre mayo 1998 y octubre 2000 desalentadora ya que ocurrió una epidemia de sarampión que tuvo 4.751 casos sospechosos y 2.567 confirmados a nivel nacional, principalmente en menores de 5 años. En 2000 ocurrieron brotes de rubéola con patrón epidemiológico similar a sarampión, confirmándose 427 casos; en julio se implementó la vigilancia integrada sarampión-rubéola y se incorporó la vacuna sarampión-rubéola-parotiditis al esquema regular PAI en la población de 12 a 23 meses de edad. Entre 1996 y 2000 se registraron 5.500 casos de parotiditis (2.157 en 1999 y 680 en 2000). Entre 1998 y 2000 la tasa de notificación de parálisis flácida aguda en menores de 15 años descendió de 11,9 a 7,6 casos por millón y la toma adecuada de muestra de heces para vigilancia de PFA aumentó de 58%

a 72%. En 1999 el programa nacional notificó 9.272 casos de tuberculosis en todas sus formas, 12,6% menos que en 1996

Entre 1985 y 2000 hubo 605 casos de VIH/SIDA (52% portadores asintomáticos). La tasa media de incidencia anual se mantuvo cercana de 3 casos por millón de habitantes (1990-1997).

Entre 1991 y 1995 Bolivia sufrió 40.212 casos de cólera, con 814 muertes. Desde entonces, la incidencia ha ido en descenso: de 2.068 casos en 1996 a 467 en 1998 y cero casos en 1999 y 2000.

Existe transmisión activa de malaria en 75% del territorio nacional, donde la mitad de la población del país vive. En 2000 se notificaron 31.468 casos de malaria por *P. vivax* (índice parasitario anual (IPA) de 8,8 por mil) y 2.536 por *P. falciparum* , en contraste con los 74.350 (IPA 24,8 por mil) y 11.414 casos, respectivamente, en 1998. La enfermedad de Chagas es endémica en 60 % del territorio, donde residen 4,0 millones de habitantes en riesgo de enfermar. Se estima que la prevalencia de infección por el *Tripanosoma cruzi* en la población de las áreas endémicas es 40%. Entre 1996 y 1999 se ha detectado marcado incremento de la incidencia de fiebre amarilla silvestre, de 30 casos notificados en 1996 a 68 casos en 1999, seguido de una drástica disminución con 8 casos notificados en 2000. En el último decenio la tasa de letalidad por fiebre amarilla se mantuvo por encima de 60%. Desde 1987 se documentó la circulación del virus del dengue serotipo 1 y la ocurrencia de casos de dengue clásico. En 1999 y 2000, se reportaron 27 y 80 casos de dengue clásico. No se han confirmado casos de dengue hemorrágico.

DESNUTRICION

La prevalencia de desnutrición crónica en menores de 3 años fue 26% en 1998, pero fue 36% en área rural y 44% en niños de madre sin instrucción. En el mismo grupo de edad, la prevalencia de anemia fue 67%. La deficiencia de hierro es la principal causa de anemia, y una de cada tres mujeres en edad fértil presenta anemia. La prevalencia de desórdenes por deficiencia de yodo se redujo de 61 % en 1981 a 5% en 1995. En la población de las 4 principales ciudades del país (La Paz, El Alto, Santa Cruz y Cochabamba),

La políticas de salud implementada

El Plan Estratégico de Salud 1997-2002 propugna la atención primaria, la salud familiar/comunitaria, la promoción de municipios saludables, el escudo epidemiológico y el seguro básico de salud (SBS). Adopta los lineamientos de descentralización sectorial y de transferencia de establecimientos de salud a gobiernos municipales, previstos en la Ley de Participación Popular de 1994.

Se ha comenzado una reforma en el sector el cual tiene como objetivo ser el instrumento principal para garantizar el acceso de la población a un conjunto de prestaciones de salud y reducir el impacto de la morbilidad y mortalidad prevalentes es el SBS, que brinda atención de salud y nutrición del menor de 5 años y la mujer, así como diagnóstico y tratamiento de las principales endemias que afectan al país, incluyendo tuberculosis, malaria, cólera e infecciones de transmisión sexual. El programa de alivio a la deuda para países altamente endeudados, en el cual participa Bolivia, propone el monitoreo de 4 indicadores (meta) de desempeño: coberturas de atención de parto (69%); tratamiento de la infección respiratoria aguda (70%) y la enfermedad diarreica aguda (56%) en menores de 5 años e inmunización con DPT3 (85%) en menores de 1 año.

Se estima en 20% a 25% la población sin acceso a servicios de salud⁷

Gastos y financiamiento sectorial:

El gasto nacional en salud fue US\$ 422 millones en 1998 (5 % del PBI; US\$ 46 per cápita al año); 65 % correspondió a gasto público en salud (42 % seguridad social; 23% subsector público). Las fuentes principales entre 1995 y 1998 fueron empresas (45%), hogares (31%) y Estado (17%).

Mediante un contrato de préstamo suscripto con el BID, el proyecto 'escudo epidemiológico' y el proyecto de reforma del sector salud 1999-2004 cuenta con US\$ 54 millones de financiamiento.

Enfermedades transmisibles como el cólera han sido controladas eficazmente en todos los países , sin embargo siguen constituyendo en Bolivia un grave problema de salud enfermedades tales como la malaria , chagas (hay un 60% de la población con riesgo de contraer esta enfermedad) , fiebre amarilla ,dengue (clásico y hemorrágico) aunque resulta de relevancia mencionar que cuenta con una de las tasa de portadores de HIV más bajas de la región.

Realizando un análisis se puede advertir que las causas principales de mortalidad infantil son similares en estos países son los problemas neonatales y las anomalías congénitas los principales factores de mortalidad infantil.

La desnutrición infantil juega un papel importante en los índices de mortalidad infantil en Argentina , Paraguay y Bolivia y es uno de los problemas a los cuales deben apuntar las políticas de salud para su solución. En Chile este problema es de menor

⁷ Organización Panamericana de la Salud : “Ob.cit.”

magnitud, ya que la mortalidad infantil como consecuencia de la desnutrición es del 1% aproximadamente.

Se puede determinar que las zonas con mayor mortalidad infantil difieren de un país a otro, ya que, mientras en Argentina y Chile se concentran en el Norte; en Paraguay las mismas se ubican al sur (Cordillera y Paraguari).

El país en donde mayormente impactan mayormente aún enfermedades prevenibles por vacunas (como es el caso del tétanos, la tuberculosis el sarampión) es Paraguay e incluso algunas de estas como es el caso de la tuberculosis continúa siendo un grave problema de salud aun cuando las cifras adviertan un descenso de los casos de la misma, no ocurre lo mismo en los otros tres países en donde se ha logrado una cobertura de vacunación mayor al 90%, como es el caso de Uruguay, Argentina y Chile. Las enfermedades transmisibles como el SIDA han ido en aumento en todos los países a pesar de las campañas publicitarias y los centros de información que se ha instalado para contribuir a dilucidar ciertas preguntas con respecto a este tema. Continúa predominando en el sexo masculino y los más afectados en todos los países es la población cuyo rango de edad es entre los 20 y los 35 años de edad.

La políticas de salud que se han implementado tienen como objetivo eliminar ciertas inequidades que se dan dentro de los sistemas de salud y dar mayor participación a la sociedad así como también el fortalecimiento de entidades como las ONG para que estas contribuyan al mejor funcionamiento de los sistemas de salud y el logro de los objetivos de la políticas de salud. En Paraguay no hay un plan sectorial que coordine el desarrollo de la capacidad instalada de las diversas instituciones; cada una actúa por separado, lo que lleva

a duplicaciones en las principales ciudades del país volviendo al sistema ineficiente para llevar a cabo los objetivos de las políticas de salud. En Argentina hay una gran descentralización de los sistemas de salud sobre todo por la enorme participación de los sindicatos y las llamadas obras sociales en donde la prestación de servicios de las mismas varía de una a otra .

Bolivia tiene problemas importantes de desnutrición en el área rural , situación similar es la que viven Paraguay y Argentina en donde este problema incide fundamentalmente en la población indígena ubicada al norte y noroeste del país,

Las reformas comenzadas en el sector salud en Bolivia tienen como principal objetivo la disminución de la mortalidad infantil así como también una disminución de afectados con enfermedades infectocontagiosas transmisibles como el dengue , chagas y fiebre amarilla . No obstante no se visualiza ningún tipo de política la cual tenga como meta la reducción de la franja de habitantes que no pueden acceder a este servicio , la cual constituye una cifra importante (del 20 al 25 % aproximadamente), la situación es similar en donde se presenta una tasa elevada de casos de malaria . Fiebre amarilla y dengue

Todos los países de la zona han logrado una importante cobertura de vacunación (entre el 90% y el 95%)

CONCLUSIONES

Las políticas de salud implementadas en los países de América del Sur han logrado resultados positivos ya que en la mayor parte de estos se ha logrado una importante reducción de los índices de mortalidad infantil, así como también se ha logrado un control

de las enfermedades prevenibles por vacunas alcanzando coberturas de vacunación mayores al 90% en todos los países.

Se han logrado tasas de mortalidad muy inferiores a las que tienen los países de África, se han logrado resultados positivos con la implementación de programas para el control del cólera en donde prácticamente los casos mortales son inexistentes, al igual que el Chagas ha dejado de constituir un grave problema de salud en la mayor parte de los países a excepción de Bolivia en donde la enfermedad aún está presente en mayor manera.

No obstante un problema que aún es una materia pendiente en los países sudamericanos es la inequidad imperante ya que dentro de los países pueden señalarse diferencias considerables en las condiciones sanitarias entre las poblaciones rurales y urbanas, entre las regiones habitadas por indígenas y aquellas que no.

Es por esta razón que todas las reformas que se pretenden implementar tienen como objetivo amortiguar las enormes diferencias que existen en lo que respecta a las posibilidades de acceder a estos servicios.

Se busca además una mayor participación social, así como también lograr la descentralización de los servicios de salud, la búsqueda de una mayor eficiencia debido a la duplicación de inversiones que se viene dando en algunos países como así también se han implementado programas los cuales contrarresten una de las principales causas de la pobreza, como es la desnutrición infantil en la mayor parte de los países.

La mayor parte de los países han incrementado el presupuesto destinado al sector salud, sin embargo en muchos casos continúa siendo insuficiente ya sea por que hay una

mala distribución dentro de los subsectores que comprenden el sector de salud , por el aumento de la población o por el aumento del número de enfermedades transmitidas por vectores consecuencia de los cambios atmosféricos por lo cual se hace necesario un replanteo en cuanto a la distribución de dinero que se realice en cada uno de los subsectores así como también es necesaria la capacitación de gran cantidad de personal que interviene en cada uno de los organismos prestadores de este servicio para que de esta manera logren enfrentar y resolver los diferentes problemas de organización que se vienen planteando entre estos organismos.

La región norte de cada uno de los países es la más afectada (excepto Chile y Uruguay) y estas por lo general están habitadas por poblaciones indígenas , lugar donde mayormente se centran problemas de desnutrición , enfermedades como la malaria y otros transmisibles por vectores . Las políticas que se lleven adelante en materia de salud deben enfocarse en este sector para de esta manera lograr una mayor igualdad que es el objetivo principal de las reformas que se están implementando o las que se desarrollarán en el corto plazo.

Si se considera al desarrollo humano como la posibilidad de que los seres humanos tengan la oportunidad de disfrutar de las mejores opciones que ofrece la vida , entonces se debe tener en cuenta que hay una serie de aspectos que contribuyen al mismo:

Estos aspectos son la educación, el crecimiento económico, un medioambiente sano y la salud.

La salud contribuye al crecimiento económico y también contribuye a una mejor educación de aquí su importancia. Los países desarrollados tienen presente esto en todo

momento y es la mayor falencia que presentan los países sudamericanos que están en vías de desarrollo , la productividad laboral se puede ver afectada sino se tiene una condición óptima de salud por parte de los trabajadores , las epidemias de ciertas enfermedades ocasionan enormes pérdidas económicas y esto es lo que debe evitarse pero para ello es necesario que se logre una mayor equidad en el acceso a este servicio y las posibilidades en materia de salubridad sean iguales para todos independientemente de la región en donde se viva. Una materia pendiente para los gobiernos sudamericanos.

Bibliografía:

Fujimoto Gómez Gabriela “La políticas en el Desarrollo Infantil Temprano”.2002

Kaempfer Ana , Medina Ernesto : “Análisis de la Mortalidad Infantil y Factores Condicionantes en Chile.”.1998.Revista Chilena de Pediatría.

Moguilevsky Héctor “La salud en Argentina” .Revista Médicos.2000.

Organización Panamericana de la Salud. ”La Salud en las Américas”.Resúmen 1999.

