

## Segundo Informe sobre Desarrollo Humano en Centroamérica y Panamá



### Segundo Informe sobre Desarrollo Humano en Centroamérica y Panamá

#### Capítulo desafío de la equidad social

Estudio sobre Salud en Centroamérica en el marco del proceso de integración

Preparado por E. Barrillas como insumo para el capítulo desafío de la equidad social



## Contenido

|             |   |           |
|-------------|---|-----------|
| <b>I.</b>   | <b>Resumen ejecutivo .....</b>  | <b>3</b>  |
| <b>II.</b>  | <b>Introducción.....</b>  | <b>3</b>  |
| <b>III.</b> | <b>Presentación de resultados .....</b>   | <b>5</b>  |
|             | <b>A. LA SALUD Y SUS CONDICIONANTES EN CENTROAMÉRICA.....</b>                     | <b>5</b>  |
|             | <b>B. ENFERMEDADES EMERGENTES Y REEMERGENTES EN LA REGIÓN.....</b>                | <b>15</b> |
|             | 1. Cólera.....  | 15        |
|             | 2. Dengue .....   | 18        |
|             | 3. VHI/SIDA .....   | 20        |
|             | 4. Tuberculosis.....  | 24        |
|             | 5. Otras: Leptospirosis.....  | 26        |
|             | 6. Discusión de Resultados .....  | 26        |
|             | <b>C. PREVALENCIA Y RIESGO DE DESASTRES Y CAPACIDAD DE RESPUESTA .....</b>        | <b>27</b> |
|             | 1. Riesgos Naturales.....   | 27        |
|             | 2. Riesgos Provocados por el Hombre .....   | 32        |
|             | <b>D. PROCESOS DE REFORMA DEL SECTOR SALUD.....</b>                               | <b>35</b> |
|             | <b>E. INICIATIVAS DE SALUD EN EL MARCO DE LA INTEGRACIÓN CENTROAMERICANA ....</b> | <b>41</b> |
| <b>IV.</b>  | <b>Referencias .....</b>  | <b>47</b> |

## Resumen Ejecutivo

A inicios de la década de los noventa a poco tiempo de declararse la erradicación de la polio y cuando la mayor parte de enfermedades prevenibles por vacunación estaban en franco descenso surgieron una serie de enfermedades que cambiaron el panorama de la salud pública en Centroamérica. Sucesivamente se extendieron epidemias de SIDA, cólera, dengue, leptospirosis y se incrementó la incidencia de malaria y tuberculosis. La mayor parte han sido controladas dejando valiosas lecciones aprendidas y rutinas bien establecidas de prevención y control. Debe reconocerse que los logros alcanzado no hubieran sido posible sin el esfuerzo coordinado, o por lo menos simultáneo, de todos los países Centroamericanos. De tal cuenta, la importancia del análisis de estas patologías radica no solo en su impacto en la economía y desarrollo integral de los países del istmo, sino en las lecciones que los esfuerzos conjuntos pueden dejar para otros sectores sociales.

El análisis de la situación de salud, particularmente de estas patologías emergentes y reemergentes, sugieren una tendencia a la homologación<sup>i</sup> de la situación epidemiológica y demográfica en Centroamérica. Posiblemente la introducción de intervenciones sanitarias efectivas y selectivamente focalizadas hacia los grupos más postergados, ha impactado positivamente en la salud de la población de los países que mostraban mayor rezago sanitario en la década de los sesenta, aun en ausencia de mejoras significativas en las condiciones de vida.

El trabajo coordinado en salud parece ahora más pertinente que nunca no solo por la referida tendencia hacia la homologación de la situación de salud, sino por la creciente movilidad a través de las fronteras centroamericanas de bienes, servicios y personas. Es necesaria la presencia de un ente coordinador de las iniciativas centroamericanas de salud, pero el espacio de intervención y la agenda de trabajo del mismo deberán ser reconfigurada a la luz de los nuevos retos en salud y la reestructuración de la institucionalidad centroamericana.

## Introducción

El mejoramiento de la situación de salud parece derivar, no solamente de un incremento generalizado del ingreso, sino de su distribución. Una población con una distribución más equitativa del ingreso va a tener un mejor nivel de salud, que otras con el mismo ingreso promedio pero una mayor inequidad en su distribución (Marmot, 2002). Es decir, el precario estado de salud de las sociedades inequitativas no solamente es debido al efecto de la pobreza. En este sentido, el mejoramiento de la capacidad de compra de los pobres, su acceso a medios de producción y al crédito y la educación y capacitación para el trabajo serían políticas de impacto más significativo en salud que el incremento de servicios y personal clínico asistencial.

---

<sup>i</sup> Esto no implica que los países presenten una situación de salud equivalente. Utilizamos *tendencia a la homologación* para trasladar al lector una observación central de este estudio: la situación demográfica y epidemiológica entre los países del istmo es más parecida ahora que hace 40 años.

Esto no significa que las intervenciones de salud pública o la prestación de servicios clínicos tienen un impacto poco significativo en la salud de la población. De hecho, los datos presentados en este documento sugieren que, para varios de los indicadores analizados, la situación de salud de los países centroamericanos tiende a coincidir, aun en ausencia de transformaciones sociales de gran envergadura. Seguramente la orientación de intervenciones sanitarias efectivas a los grupos más postergados ha permitido esta tendencia a la equiparación de los perfiles epidemiológicos, aun en ausencia de transformaciones sociales importantes en varios países de la región.

Este documento ha sido un esfuerzo conjunto de la Organización Panamericana de la Salud y del Proyecto El Estado de la Región, que tiene por objeto incluir con mayor énfasis en el Informe 2003 del Estado de la Región, el tema de salud como un componente central del desarrollo humano. Se espera que su contenido contribuya a los distintos capítulos ya definidos, particularmente a los capítulos 2 y 4: “El Desafío de la Equidad Social” y “El Desafío de la Gestión Ambiental”.

Los particulares fines de este documento determinaron su contenido: el énfasis en las enfermedades emergentes y reemergentes, en los desastres naturales, los procesos de reforma del sector salud y las iniciativas centroamericanas de salud, es debido a la potencialidad que ofrecen estos temas para explorar la transformación epidemiológica de la región, su impacto en el desarrollo humano y los esfuerzos conjuntos de los países para enfrentar estos retos<sup>ii</sup>.

El trabajo de investigación fue realizado de agosto a noviembre de 2002. La revisión documental fue complementada con información estadísticas preparada por cada uno de los países, en un esfuerzo coordinado por la OPS que demandó la conformación de equipos nacionales de consulta y validación.

---

<sup>ii</sup> La temática responde también a los términos de referencia que PNUD y OPS propusieron al Dr. Edgar Barillas, responsable de la elaboración de este documento.

## Presentación de resultados

### A. La salud y sus condicionantes en Centroamérica

La situación de salud de un país no es solamente el resultado de condicionantes biológicas sino de un conjunto más amplio de determinantes que incluyen, entre otros, la dinámica poblacional y los riesgos asociados al ciclo de vida, el contexto social que modela el comportamiento y las condiciones socioeconómicas que incluyen, al menos tres dominios: la educación, el ingreso y la ocupación (Liberatos 1998). Estas variables se combinan para producir diferencias en las condiciones materiales de vida y en los riesgos de carácter psico-social. Así, a medida que un país transita hacia mayores niveles de desarrollo, la población presenta mejores condiciones de salud. Esta noción es reforzada por la evolución de indicadores como la expectativa de vida, la mortalidad materna y la mortalidad infantil.

Aunque las inversiones públicas en servicios de salud contribuyen a mejorar la situación de salud, particularmente de los grupos más postergados, los cambios en la situación socio-económica pueden dar cuenta de una mayor proporción de la enfermedad experimentada por una población, que cualquier otra causa. Es por ello que las inequidades en salud se observan aun que países que proveen excelentes atenciones clínicas y preventivas (Kaplan 2000). Es más, la inequidad en la distribución del ingreso es perjudicial para la salud de toda la población y no solo para los grupos de menores ingresos. En este sentido reducir la inequidad es del interés de todos, incluyendo a los más privilegiados (Wilkinson 1992).

La tabla 1 muestra que existe una correspondencia gruesa entre el ingreso per capita, los índices de desarrollo humano y la esperanza de vida en los países centroamericanos. La correspondencia no es lineal: Guatemala, por ejemplo presenta índices de desarrollo más bajos que los que corresponderían a su nivel de ingreso. La misma tabla 1 puede ofrecer respuestas preliminares a esta falta de correspondencia: tan importante como el nivel de ingreso es su distribución en la sociedad y las inversiones sociales, particularmente en educación. La tabla 2 muestra que Guatemala es también el país que destina menos recursos públicos a salud como proporción de PIB.

**Tabla 1: Indicadores seleccionados de la Región Centroamericana**

| Indicador                                      | Guatemala | El Salvador | Honduras | Nicaragua | Costa Rica | Panamá   | Belice   |
|--|-----------|-------------|----------|-----------|------------|----------|----------|
| PNB US\$ miles de millones (1999)              | 18.2      | 12.5        | 5.4      | 2.3       | 15.1       | 9.6      | 0.7      |
| PNB per cápita US\$ corrientes                 | 1,638.31  | 2,031.20    | 854.97   | 465.78    | 3,839.31   | 3,413.94 | 2,978.72 |
| Índice de Desarrollo Humano                    | 0.626     | 0.701       | 0.634    | 0.635     | 0.821      | 0.784    | 0.776    |
| Índice de Desarrollo de Género                 | 0.610     | 0.694       | 0.623    | 0.628     | 0.813      | 0.782    | 0.755    |
| Esperanza de vida al nacer (años)              | 64.5      | 69.5        | 65.7     | 68.1      | 76.2       | 73.9     | 73.8     |
| Tasa de Alfabetismo adulto (%)                 | 68.1      | 78.3        | 74.0     | 68.2      | 95.5       | 91.7     | 93.1     |
| Población bajo la línea nacional de la pobreza | 57.9      | 48.3        | 53.0     | 50.3      | 11.0       | 37.3     | 35.0     |

FUENTE: UNDP (2001) *Human Development Report, 2001*. Oxford University Press. Tablas 1 (pag. 145) y 3 (pag. 155).

**Tabla 2: Gasto nacional en salud en Centroamérica por componente (público/privado) alrededor de 1999**

| Indicador                                | Belice | Costa Rica | El Salvador | Guatemala | Honduras | Nicaragua | Panamá |
|--|--------|------------|-------------|-----------|----------|-----------|--------|
| Gasto Público como % PIB                 | 2.5    | 6.9        | 3.3         | 1.4       | 2.7      | 5.5       | 5.4    |
| Gasto Público per Cápita (US\$PPA 1999)  | 126    | 564        | 144         | 53        | 58       | 120       | 300    |
| Gasto privado como % PIB                 | 2.3    | 2.2        | 4.9         | 4         | 4.5      | 3.7       | 1.9    |
| Gasto Privado Per Capita (US\$ PPA 1999) | 119.5  | 182.8      | 214         | 146.9     | 99.5     | 81.4      | 104.8  |
| Gasto Nacional como % del PIB            | 4.8    | 9.1        | 8.2         | 5.4       | 7.2      | 9.2       | 7.3    |
| Gasto Nacional per capita en salud       | 245.5  | 746.8      | 358         | 199.9     | 157.5    | 201.4     | 404.8  |

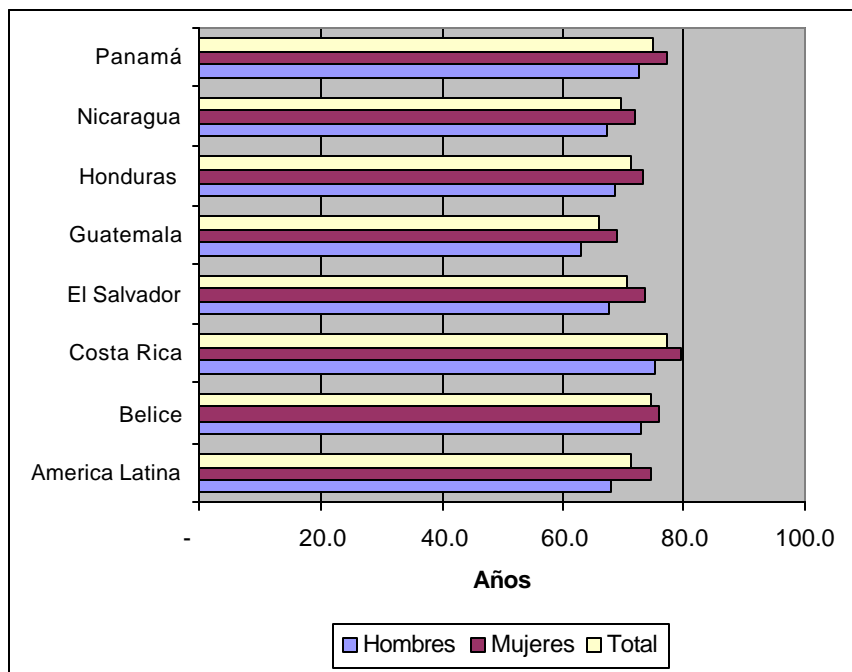
Fuente: *La Salud en las Américas, Edición de 2002, Volumen I.*

Las inversiones en salud, además de su efecto en la calidad de vida, incrementan el capital humano y la productividad. Aunque esta relación ha sido menos estudiada, y es con frecuencia difícil de demostrar, Espinoza y Hernández (2000) concluyeron que las mejores condiciones en la vivienda y la disponibilidad de servicios de salud en la comunidad tenían efectos significativos en la situación de salud de Nicaragua. Además demostraron que las mejores condiciones de salud se asociaban a ingresos económicos mayores. La influencia de la salud en el ingreso es aun mayor que la encontrada en estudios de países desarrollados (Savedoff y Schultz, 2000) lo que sugiere que las inversiones en salud pueden tener mayores rendimientos en los países pobres.

Una de las expresiones más sensibles del nivel de desarrollo alcanzado por un país es la expectativa de vida al nacer. Los países con más altos niveles de ingreso, con una distribución más equitativa del mismo y con inversiones sociales más eficientes presentan una mayor expectativa de vida. Particularmente a bajos niveles de ingreso nacional o familiar, incrementos reducidos del PIB (o del ingreso familiar) tienen grandes impactos en la expectativa de vida (Banco Mundial

1993). El gráfico 1 evidencia, nuevamente, que los países centroamericanos con ingresos mayores y tasas de analfabetismo más reducidas logran una mayor expectativa de vida para sus ciudadanos.

**Gráfico 1: Expectativa de vida en Centroamérica alrededor de 2000**

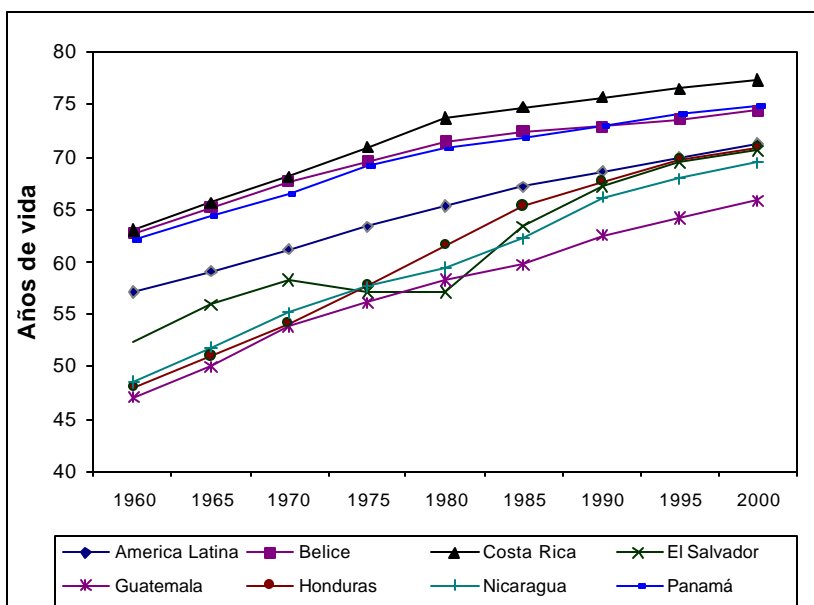


*Fuente: CELADE. América Latina y Caribe: Estimaciones y proyecciones de población 1950 – 2050. Boletín Demográfico 69. Enero 2002.*

Todos los países centroamericanos, sin embargo, han mejorado su expectativa de vida en los pasados 40 años, lo cual no ha cambiado su posición relativa en relación al promedio de América Latina: Costa Rica, Panamá y Belice continúan teniendo esperanzas de vida por arriba del promedio de América Latina, mientras que en el resto de países de la región está por debajo (gráfico 2). La brecha entre los países con mayor y menor expectativa de vida se ha cerrado ligeramente en las últimas década, seguramente reflejando que los mayores incrementos en la expectativa de vida se alcanzan cuando existen altas tasas de mortalidad infantil que pueden ser reducidas con intervenciones sanitarias de bajo costo y complejidad.

Savedoff y Schultz (2000) señalan que las mejorías en la salud en Centroamérica han ocurrido a un ritmo más rápido que para el resto de América Latina. De acuerdo a los autores, parte de la explicación puede residir en las inversiones relativamente altas que se han hecho en la salud de las niñas, si se comparan con otros países latinoamericanos. La educación de la mujer ha demostrado ser un factor contribuyente a la mejora de los indicadores de salud de toda la sociedad.

**Grafico 2: 1960 – 2000: Evolución de la esperanza de vida en Centroamérica**

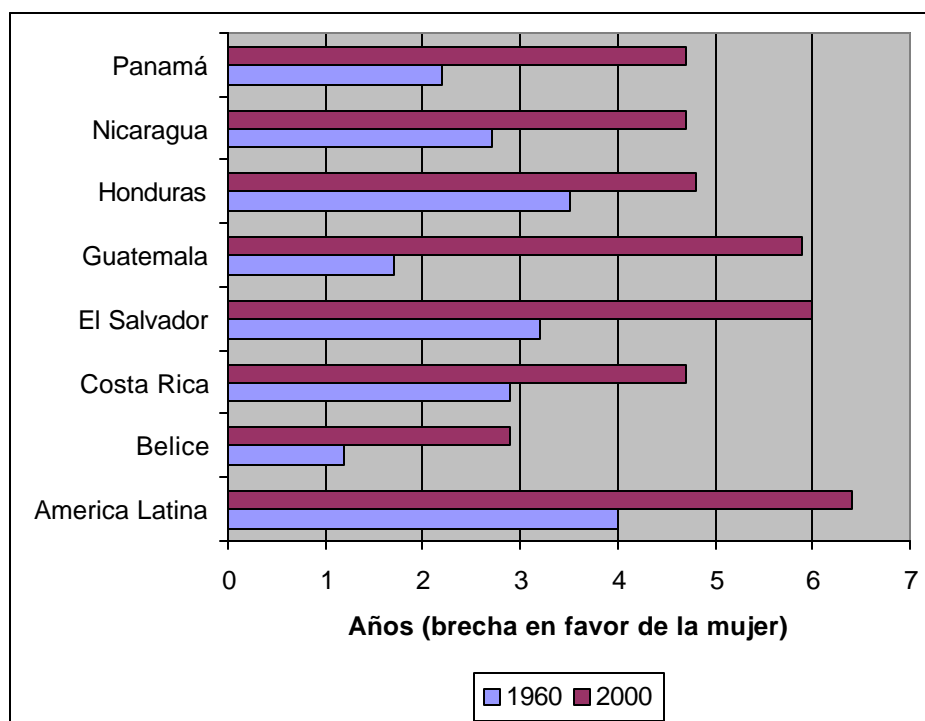


Fuente: CELADE. América Latina y Caribe: Estimaciones y proyecciones de población 1950 – 2050. Boletín Demográfico 69. Enero 2002.

Las mujeres tienen ventajas biológicas sobre los hombres que aseguran, aun en las sociedades menos equitativas, una mayor expectativa de vida al nacer y en la mayor parte de tramos de edad analizados de forma aislada. El gráfico 3 muestra que para todos los países, durante las pasadas cuatro décadas, la expectativa de vida de la mujer ha crecido bastante más que la del hombre hasta alcanzar brechas de casi seis años en El Salvador (de 3.2 a 6 años) y Guatemala (de 1.7 a 5.9 años). Esta brecha podría ser una expresión del potencial biológico de las mujeres (que les asegura una sobrevivencia mayor) producto de mejores condiciones de vida y un acceso más equitativo a los servicios de salud. En el caso de Guatemala, sin embargo, un estudio reciente sugiere que esta amplia brecha podría ser explicada por la muerte prematura de los varones producto de la violencia, los accidentes y estilos de vida poco sanos (alcoholismo, SIDA) (Barillas 2002). Es sugestivo que las brechas más amplias se encuentren, precisamente, en los países con niveles más elevados de violencia (Guatemala y El Salvador).



**Gráfico 3. Evolución de la brecha de expectativa de vida mujer/hombre (expresada en años de vida a favor de la mujer)**



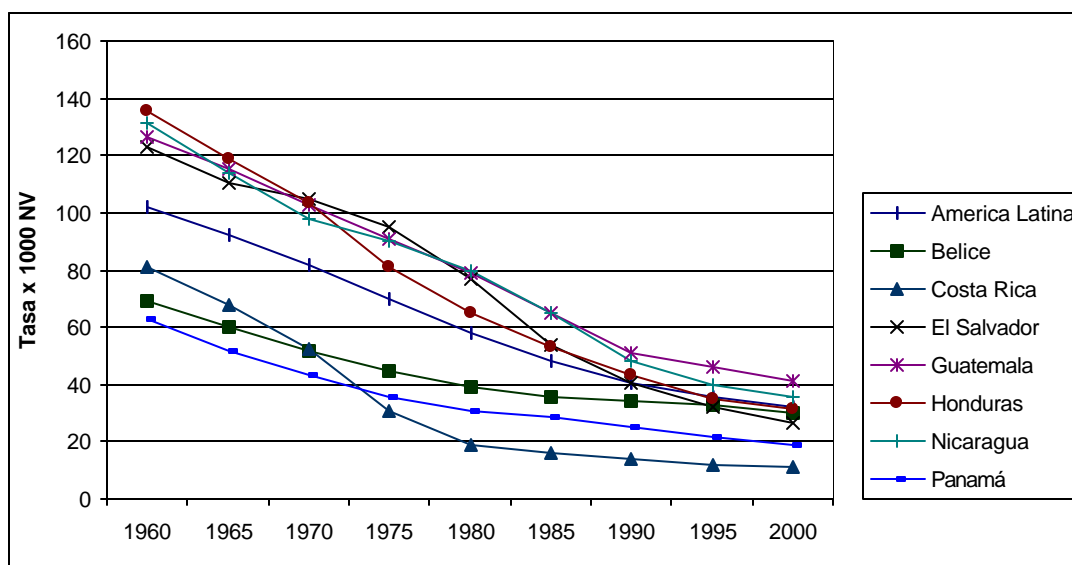
*Fuente: CELADE. América Latina y Caribe: Estimaciones y proyecciones de población 1950 – 2050. Boletín Demográfico 69. Enero 2002.*

Las vinculaciones entre mortalidad infantil y desarrollo son más laxas y sin duda más evidentes a escala familiar que social. En todas las sociedades los niños/as pobres, indígenas y/o residentes en el área rural tienen más probabilidades de morir prematuramente y por causas prevenibles que sus homólogos ricos, ladinos y urbanos. Pero aunque estas brechas entre distintos grupos sociales se mantienen, y seguramente se amplían en los países con mayor concentración del ingreso, todos los grupos se han visto favorecidos por un mejor acceso a los servicios, la tecnología médica y la información. La dedicación de los recursos públicos a intervenciones altamente efectivas por el costo –como la vacunación– pueden explicar, en parte, que el descenso de la mortalidad infantil haya sido poco sensible a la crisis económica de los ochenta, y es responsable, sin duda, de la eliminación de la polio y virtual eliminación de sarampión (ver gráfico 4).

El gráfico 4 muestra que las amplias brechas de mortalidad infantil entre los países centroamericanos, que existían a principios de la década de los 60 se han ido reduciendo progresivamente. Las tasas más altas son sensibles a medidas de salud pública efectivas y de bajo costo. De esta cuenta, los países que en la década de los 60 presentaban tasas más elevadas, tuvieron relativamente las

mayores ganancias en los pasados 40 años. En este indicador la posición de Centroamérica mejoró con relación al resto de países de América Latina. Alrededor de 1960 Costa Rica, Belice y Panamá tenían tasas de mortalidad infantil por debajo de promedio de América Latina; alrededor del año 2000, El Salvador y Honduras reportaban también tasas inferiores. En la práctica este progresivo cierre en las brechas entre países implica que las estrategias de reducción de la mortalidad infantil serán coincidentes y probablemente ameritarán abordajes conjuntos en los próximos años.

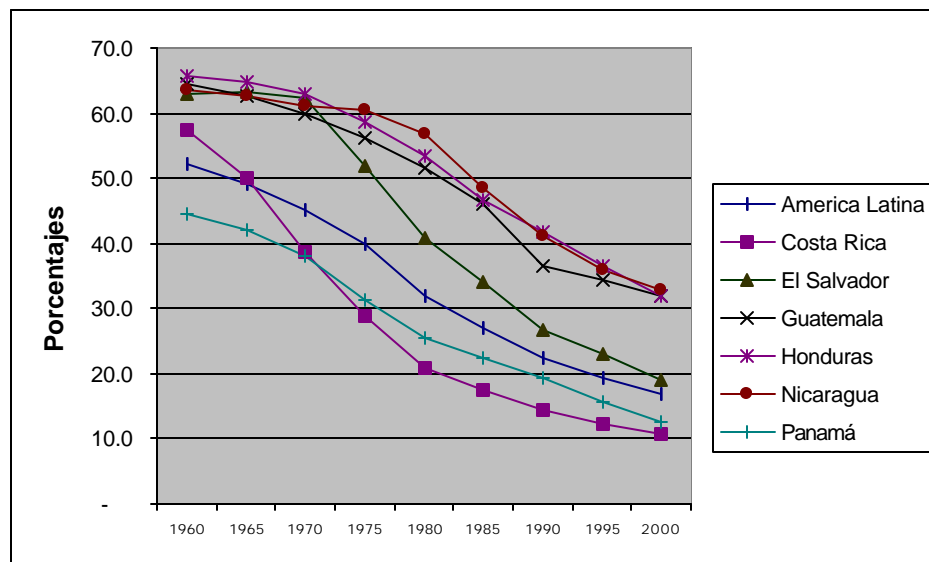
**Gráfico 4: 1960 – 2000: Evolución de la mortalidad infantil en Centroamérica**



*Fuente: CELADE. América Latina y Caribe: Estimaciones y proyecciones de población 1950 – 2050. Boletín Demográfico 69. Enero 2002.*

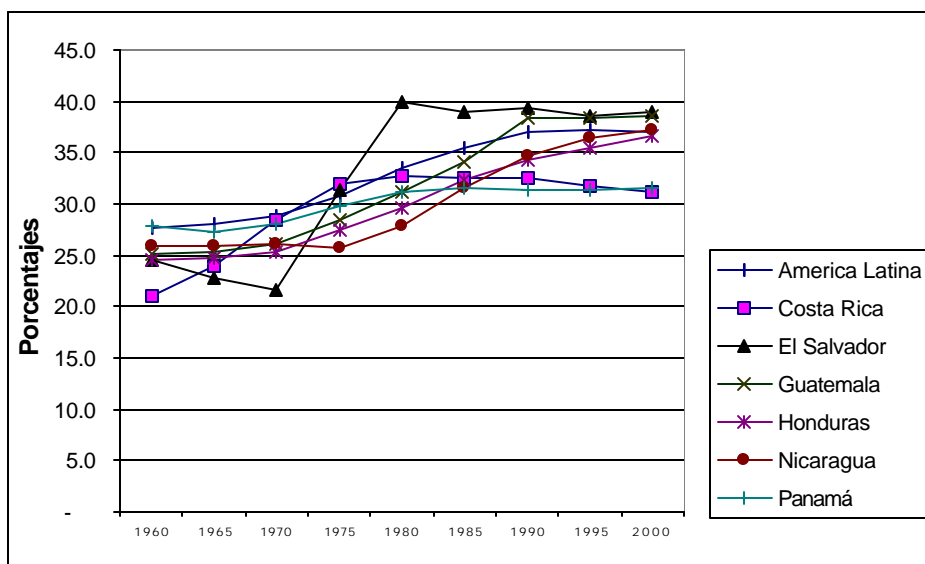
Los gráficos 5 y 6 complementan la visión de la transición demográfica en Centroamérica en los pasados 40 años. El porcentaje de muertes de 0 a 14 años ha descendido en todos los países, particularmente en Costa Rica durante los sesentas y setentas. El patrón es, además, consistente con el de gráficos anteriores: Guatemala, Honduras y Nicaragua guardan una situación más rezagada que el resto de los países y que el promedio Latinoamericano. El porcentaje de muertes por arriba de 65 años (grafico 6) es casi una imagen inversa de las muertes de 0 a 14 años, con Costa Rica y Panamá presentando una situación de mayor distanciamiento con relación al resto de países istmo.

**Gráfico 5: 1960 – 2000: Porcentaje de muertes de 0 a 14 años en Centroamérica**



*Fuente: CELADE. América Latina y Caribe: Estimaciones y proyecciones de población 1950 – 2050. Boletín Demográfico 69. Enero 2002.  
Nota: No hay series completas para Belice.*

**Gráfico 6: 1960 – 2000: Porcentaje de muertes de 65 años y más en Centroamérica**



*Fuente: CELADE. América Latina y Caribe: Estimaciones y proyecciones de población 1950 – 2050. Boletín Demográfico 69. Enero 2002.  
Nota: No hay series completas para Belice.*

A pesar de las diferencias demográficas descritas, puede considerarse que la población centroamericana es joven en el contexto regional, y más aun, mundial. El contingente de población que se incorporará en las próximas décadas a la actividad productiva, particularmente en Guatemala, Honduras, El Salvador y Nicaragua, constituye una coyuntura demográfica destacable y una ventaja competitiva en relación a otros países. El obtener el mayor beneficio de esta transición depende de que se inicien desde ya las inversiones necesarias en salud y educación. La lucha contra el tabaquismo, las drogas y el alcoholismo, la prevención de la violencia y el embarazo adolescente, la promoción del sexo seguro y la lucha contra el SIDA, son todas actividades preventivas de alta efectividad por el costo y asegurarían la incorporación de una población sana a la vida productiva.

La transición demográfica también plantea otros retos importantes. Paralelamente los países deben enfrentar el reto que impone el aumento de las enfermedades crónicas y degenerativas. En países como Costa Rica y Panamá, estas representan ya una pesada carga financiera para los sistemas de seguridad social.

La tabla 3 sintetiza los indicadores de salud más recientemente compilados por la Organización Panamericana de la Salud. Al relacionar estos datos con los anteriormente presentados se identifican patrones que refuerzan el vínculo entre el desarrollo socioeconómico y las condiciones de salud de las poblaciones: un mayor ingreso nacional se relaciona no solo con mejores condiciones de vida y acceso a satisfactores básicos (disponibilidad de calorías), sino con incrementos en el gasto nacional en salud que permite, a escala particular y social, la adquisición de mayores y mejores bienes y servicios de salud. El resultado de mejores condiciones de vida y un acceso más equitativo a bienes y servicios de salud condicionan una reducción de las muertes prematuras y evitables y, por lo tanto, una mayor expectativa de vida.

**Tabla 3: Indicadores seleccionados de salud en Centroamérica alrededor de 2000**

|             | Esperanza de vida al nacer | Disponibilidad de Calorías | Tasa de mortalidad infantil estimada | Tasa estimada de mortalidad de menores de 5 años | Tasa de mortalidad materna reportada | Proporción de población con acceso a servicios de agua potable | Proporción de población con acceso a servicios de saneamiento | Proporción de población menor de un año de edad vacunada contra tuberculosis | Proporción de partos atendidos por personal capacitado | Razón de médicos por 10.000 habitantes | Número de establecimientos de atención ambulatoria | Razón de camas hospitalarias por 1,000 habitantes | Gasto nacional en salud por año per cápita (US\$ corrientes) | Gasto nacional en salud por año como proporción del PIB | Gasto público en salud por año como proporción del gasto nacional en salud |
|-------------|----------------------------|----------------------------|--------------------------------------|--|--------------------------------------|--|---|--|--|--|--|---|--|---|--|
| Belice      | 75.20                      | 2,889                      | 31.00                                | 35.40  | ...                                  | 90.90  | 48.30   | 96.00  | 79.00  | 7.40                                   | ...  | 2.10  | 126.75   | 4.80  | 50.80  |
| Costa Rica  | 76.40                      | 2,761                      | 11.40                                | 13.90  | 19.10                                | 95.00  | 93.50   | 92.00  | 97.50  | 15.00                                  | 739  | 1.90  | 284.96   | 9.10  | 75.70  |
| El Salvador | 69.80                      | 2,463                      | 28.70                                | 38.50  | 120.00                               | 59.40  | 68.30   | 99.00  | 58.00  | 11.80                                  | 753  | 1.60  | 161.13   | 8.20  | 40.30  |
| Guatemala   | 65.00                      | 2,331                      | 43.10                                | 58.10  | 111.10                               | 80.30  | 79.50   | 97.00  | 84.00  | 9.00                                   | 3,431  | 1.00  | 93.80  | 5.40  | 26.40  |
| Honduras    | 70.10                      | 2,396                      | 34.70                                | 47.00  | 108.00                               | 80.90  | 70.20   | 100.00   | 60.60  | 8.30                                   | 1,229  | 1.10  | 59.09  | 7.20  | 36.90  |
| Nicaragua   | 68.70                      | 2,314                      | 37.20                                | 55.80  | 118.00                               | 66.50  | 75.80   | 100.00   | 65.00  | 6.20                                   | 996  | 1.50  | 40.94  | 8.90  | 60.80  |
| Panamá      | 74.10                      | 2,496                      | 19.70                                | 26.20  | 65.70                                | 86.90  | 93.20   | 100.00   | 89.30  | 12.10                                  | 795  | 2.20  | 354.19   | 7.10  | 81.80  |

Fuente: OPS. *La Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos de Salud 2001. Programa Especial de Análisis de Salud.*

Aunque la relación entre desarrollo económico y salud se conserva sólida, los datos presentados también sugieren que la focalización de intervenciones sanitarias de alta efectividad ha hecho que la situación epidemiológica de los países más rezagados en la década de los sesenta sea más parecida a la de los países que exhiben un mejor nivel de desarrollo económico y social. Otros factores como la violencia, el SIDA y el surgimiento de grupos socialmente excluidos en las ciudades, han contribuido a disociar la otrora estrecha relación entre ingreso nacional y salud. Un estudio efectuado en 5 ciudades de Centroamérica (Guatemala, Managua, San José, San Pedro Sula y San Salvador) documentó estos fenómenos (Flores 2000):

- Con la excepción de San Pedro Sula, todas presentan un perfil de salud similar: la mayor carga de morbilidad y mortalidad son las enfermedades infecciosas. En San Pedro Sula las enfermedades no comunicables son la principal causa de mortalidad. Solo la violencia causó la mitad de las muertes en 1999. La situación del VIH/SIDA también es particular: la incidencia anual y el total de casos es casi tres veces más que el que se observa en otras ciudades de Centroamérica.
- La violencia en San Salvador sobrepasa la de otras ciudades Latinoamericanas como Calí y Rio de Janeiro. En el caso de San Pedro Sula, la violencia es la mayor causa de mortalidad entre los niños de 5 a 14 años.
- Otro fenómeno más difícil de documentar, pero que regularmente acompaña la concentración del ingreso y las inequidades sociales es el surgimiento de importantes brechas de salud entre grupos sociales de un mismo país, e inclusive de una misma ciudad. La mortalidad por hechos violentos es la primera causa de muerte en un área marginal de Managua (Ciudad Sandino) mientras que constituye la cuarta causa en toda la ciudad. Un área marginal en el centro de San José reporta 40% de cobertura de vacunación, lo que contrasta con un 90% de cobertura en todo San José.

La superación de las inequidades puede constituir el más importante reto de los países de la región. La tabla 4 presenta las importantes brechas entre unidades subnacionales de un mismo país y resalta las disparidades que se esconden detrás de los agregados regionales y aun nacionales

**Tabla 4: Inequidades en situación de salud de países seleccionados de Centroamérica**

| Departamento       | Mortalidad Infantil (x 1000 NV) | Mortalidad Materna (x 100,000 NV) |
|--------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| Boaco (NIC)        | 20                              | 34                                |
| RAAS (NIC)         | 50                              | 458                               |
| Corozal (BLZ)      | 6.3                             | 0                                 |
| Toledo (BLZ)       | 19.1                            | 147.3                             |
| Herrera (PAN)      | 11.5                            | 50                                |
| Darién (PAN)       | 32.4                            | 90                                |
| Jutiapa (GUT)      | 29                              | 35                                |
| Alta Verapaz (GUT) | 31                              | 260                               |
| Alajuela (COR)     | 9.2                             | 2.8                               |
| Limón              | 12.6                            | 8.3                               |

*Fuente: Información de fuentes oficiales enviada por colaboradores del estudio en países centroamericanos*

## B. Enfermedades emergentes y reemergentes en la Región

A principios de la década de los noventa, a poco tiempo de declararse la erradicación de la polio<sup>iii</sup> y cuando la mayor parte de enfermedades prevenibles por vacunación estaban en franco descenso, surgieron una serie de enfermedades que cambiaron el panorama de la salud pública en Centroamérica. Sucesivamente se extendieron epidemias de SIDA, cólera, dengue, leptospirosis y se incrementó la incidencia de malaria y tuberculosis. La mayor parte han sido controladas dejando valiosas lecciones aprendidas y rutinas bien establecidas de prevención y control. Debe reconocerse que los logros alcanzado no hubieran sido posibles sin el esfuerzo coordinado, o por lo menos simultáneo, de todos los países Centroamericanos. De tal cuenta, la importancia del análisis de estas patologías radica no sólo en su impacto en la economía y desarrollo integral de los países del istmo, sino en las lecciones que los esfuerzos conjunto pueden dejar para otros sectores sociales.

### 1. Cólera

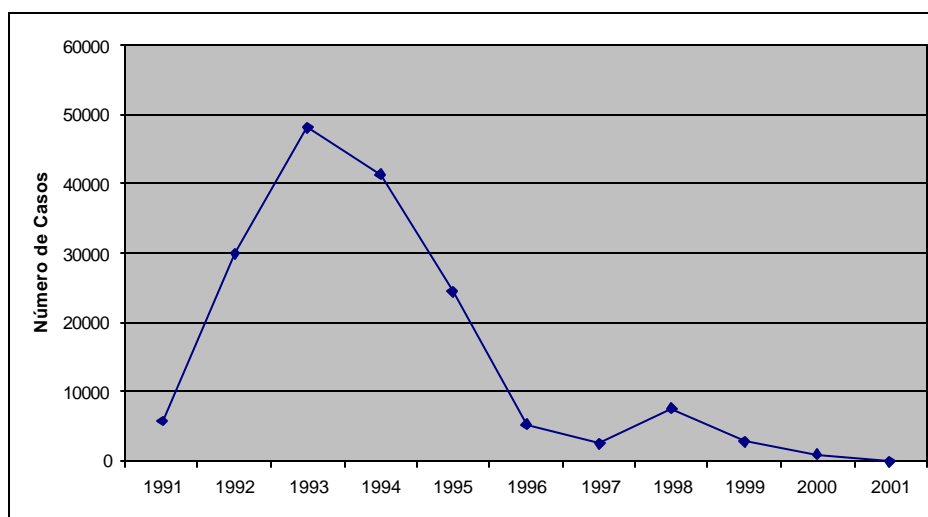
La detección de Cólera en habitantes de un pueblo costero peruano en enero de 1991 señaló la llegada de la séptima pandemia de Cólera a América Latina. En Junio de 1991 el Cólera hizo su aparición en una comunidad pequeña de la zona central de México y de allí se propagó a los países centroamericanos (OPS 1998).

<sup>iii</sup> En 1994 se declaró que la transmisión del poliovirus salvaje se había interrumpido en las Américas (OPS. La Salud en las Américas, edición 1998. Volumen 1. Publicación Científica No. 569. Washington DC, 1998.)

La epidemia tuvo un comportamiento muy similar en todos los países del istmo: un crecimiento sostenido del número de casos hasta 1993, cuando comenzaron a descender (gráfico 7). En Panamá, hasta la semana epidemiológica 47 del año 2002, se tenían 462 semanas sin casos notificados de cólera.

La rápida respuesta del sector salud con intervenciones oportunas y eficaces permitió, en la mayor parte de los casos, un control rápido. El Cólera contaba con condiciones ideales para su control: la epidemia era anticipada, el período de incubación es corto, los casos clínicos podían ser claramente definidos y existían mecanismos efectivos para su prevención y control. En El Salvador, por ejemplo, la epidemia se introdujo en 1991. Ese año se notificaron 945 casos con una letalidad de 3.5%. Durante los cuatro años siguientes se registraron respectivamente 8,106, 5,525, 15,280 y 6,447, con una letalidad en los 4 años de ese período de 0.6%, 0.2%, 0.3% y 0.1%. En Guatemala, a partir de 1992 disminuyeron drásticamente los casos de enfermedad diarreica aguda (por cualquier causa), debido probablemente a las medidas de prevención y a las inversiones en recursos para el aumento de la cobertura de agua potable que se iniciaron en 1991, a raíz de la epidemia del cólera (OPS 1998).

**Gráfico 7: 1991 – 2001: Número de casos de cólera en Centroamérica**



*Fuente: OPS/OMS. Iniciativa Regional de Datos Básicos de Salud.*  
<http://www.paho.org/Spanish/SHA/CoreData/>

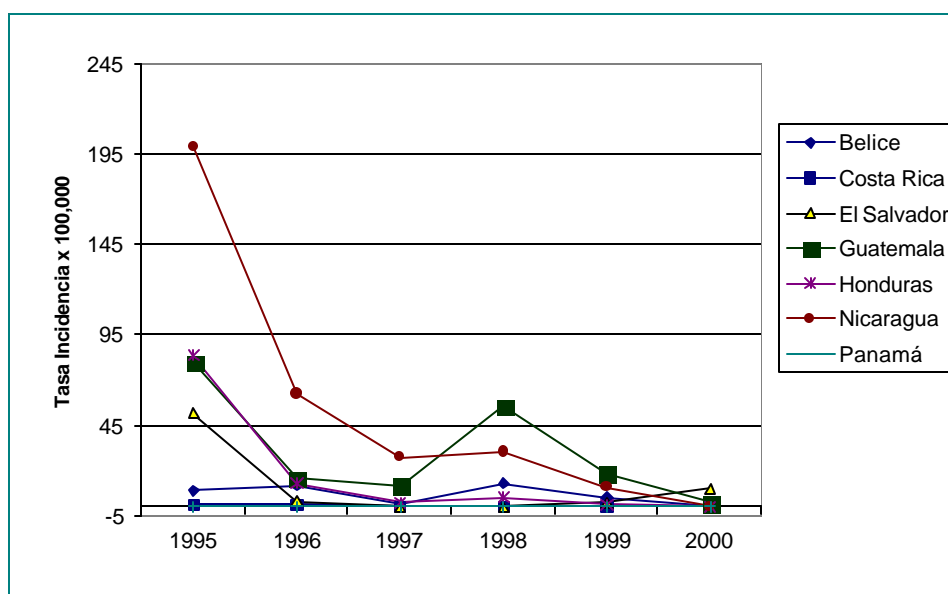
Las tasas de incidencia por país, muy distintas a principios de la década de los noventa y estrechamente vinculadas al desarrollo económico y social de cada uno de ellos, comenzaron a converger —a la baja— en todo el istmo (gráfico 8). Esto evidencia que aun en ausencia de cambios estructurales que transformen la productividad del país o la distribución del ingreso, ciertas intervenciones de salud pública ofrecen respuestas efectivas a problemas de salud particulares.



El gráfico 8 ilustra la estrecha vinculación del Cólera a las condiciones de vida de los países. La OPS (2002) encontró que los países con un PNB per cápita mayor de US\$ 3,000 no han presentado incidencias anuales superiores a los 50 casos por 100,000 habitantes, mientras que la mayoría de los países con PNB per cápita inferior a los US\$ 2,000 mostraron en algún año de la epidemia incidencias anuales superiores a 200 casos por 100,000 habitantes. Asimismo, los países con PNB per cápita inferior a US\$ 3,000 concentraron 85% de todos los casos notificados en ese mismo período, aunque ellos solo albergan a 25% de la población total de los países con casos autóctonos.

En el último brote de Nicaragua en 1998, el 63% de todas las defunciones registradas (22 de 35) se presentaron en dos sistemas locales de atención integral en salud (SILAIS), con una población rural de alrededor de 70% (Nueva Segovia y Región Autónoma Atlántica Norte, con tasas de letalidad de 4.1% y 5.8% respectivamente) (OPS 2002).

**Gráfico 8: 1995 – 2000: Tasa de incidencia de cólera en los países Centroamericanos**



Fuente: OPS/OMS. Iniciativa Regional de Datos Básicos de Salud.  
<http://www.paho.org/Spanish/SHA/CoreData/>

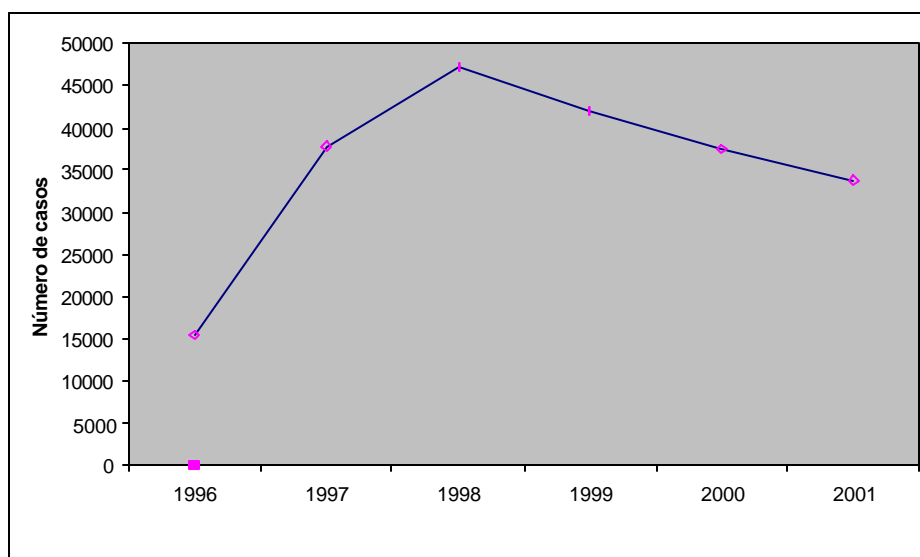
El cólera aumentó transitoriamente su incidencia después del Huracán Mitch e incluso reapareció en algunos países que habían logrado mantenerse libres de

casos autóctonos (OPS 2001). Este punto será ampliado en secciones posteriores.

## 2. Dengue

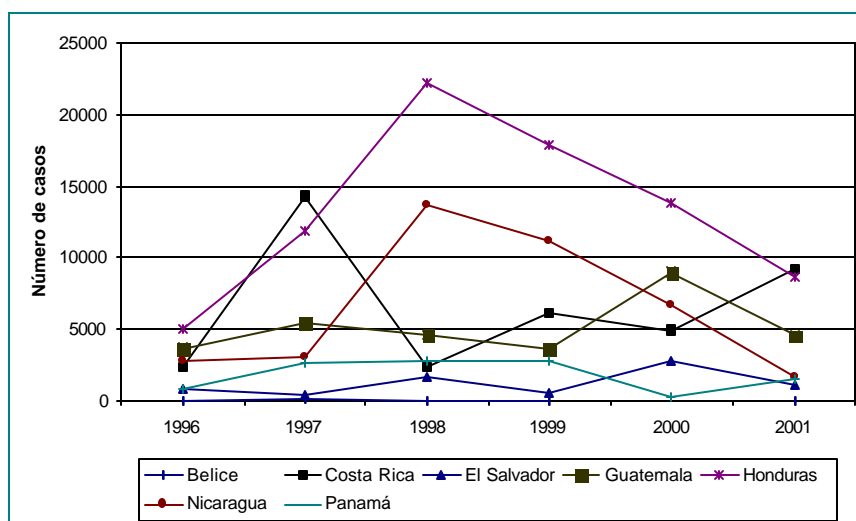
Panamá notificó el primer caso de dengue autóctono en 1993; en Honduras se notificaron 2,687 casos el mismo año (OPS 1998). A mediados de la década de los noventa el Dengue adquiere en Centroamérica proporciones epidémicas. Los casos aumentaron de cerca de 1500 en 1996 a más de 4,500 en 1998. Desde esa fecha el número de casos ha descendido progresivamente hasta 2001 (gráfico 9). El número de casos por país ha tenido un comportamiento más o menos desvinculado de su situación socioeconómica (gráfico 10), lo que demuestra que las condiciones ambientales y las intervenciones públicas de prevención y control ejercen influencias tan o más importantes que las condiciones de vida. Esto sugiere que el control del dengue es un área donde el trabajo coordinado entre los distintos países, puede potenciar las acciones particulares.

**Gráfico 9: 1996 – 2001: Evolución de los casos de dengue en Centroamérica**



Fuentes: OPS/OMS. *Dengue & Hemorrhagic Fever (DHF) Region of the Americas* <http://www.paho.org/english/hcp/hct/vdb/dengue-cases-2001.htm>  
OPS/OMS *El agravamiento de la situación del dengue y dengue hemorrágico en las Américas. Trienio 1996 - 1998.* <http://www.paho.org/Spanish/HCP/HCT/VBD/hct-dengue.htm>

**Gráfico 10; 1996 – 2001: Casos de dengue por país**



Fuentes: OPS/OMS. Dengue & Hemorrhagic Fever (DHF) Region of the Americas <http://www.paho.org/english/hcp/hct/vdb/dengue-cases-2001.htm>  
 OPS/OMS El agravamiento de la situación del dengue y dengue hemorrágico en las Américas. Trienio 1996 - 1998. <http://www.paho.org/Spanish/HCP/HCT/VBD/hct-dengue.htm>

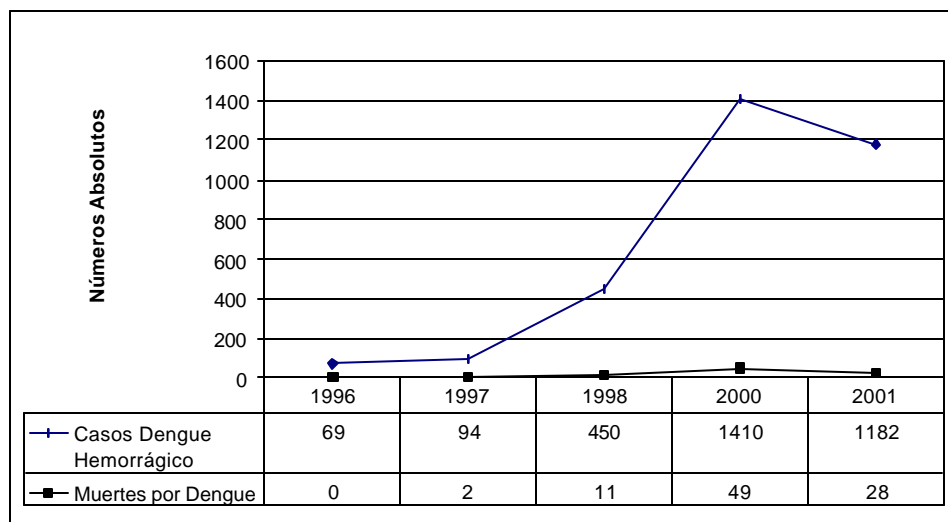
La tendencia al descenso del dengue clásico no implica que la situación esté controlada.

Junto con la disminución de los casos de dengue clásico se ha experimentado desde fines de la década de los noventa, un incremento en los casos de dengue hemorrágico: 1,410 casos y 49 muertes fueron reportadas en 2000 (gráfico 11). El peligro no solo es latente sino que se encuentra en incremento.

La letalidad por dengue hemorrágico está vinculado a la capacidad de respuesta de los servicios. Así, la tasa de letalidad del dengue hemorrágico en las Américas es de 1.38% pero presenta notables variaciones de un país a otro. Por ejemplo, la tasa de letalidad en el año 2000 fue 21.4% en Guatemala, 0.63% en Nicaragua y 0.23% en Venezuela (OPS 2002).

En Panamá se diagnosticaron 7 casos de dengue hemorrágico en 2001 y 4 hasta la semana epidemiológica 47 de 2002, siendo la provincia de Panamá la más afectada. El Salvador y Honduras reportaron un repunte de los casos de dengue clásico y hemorrágico en el 2002. A mediados de julio de ese año el riesgo de contraer dengue hemorrágico era 29.4 veces mayor en El Salvador y 18.6 veces mayor en Honduras con relación al mismo periodo epidemiológico en 2001.

**Gráfico 11: 1996 – 2001: Casos de dengue hemorrágico y muertes en Centroamérica**



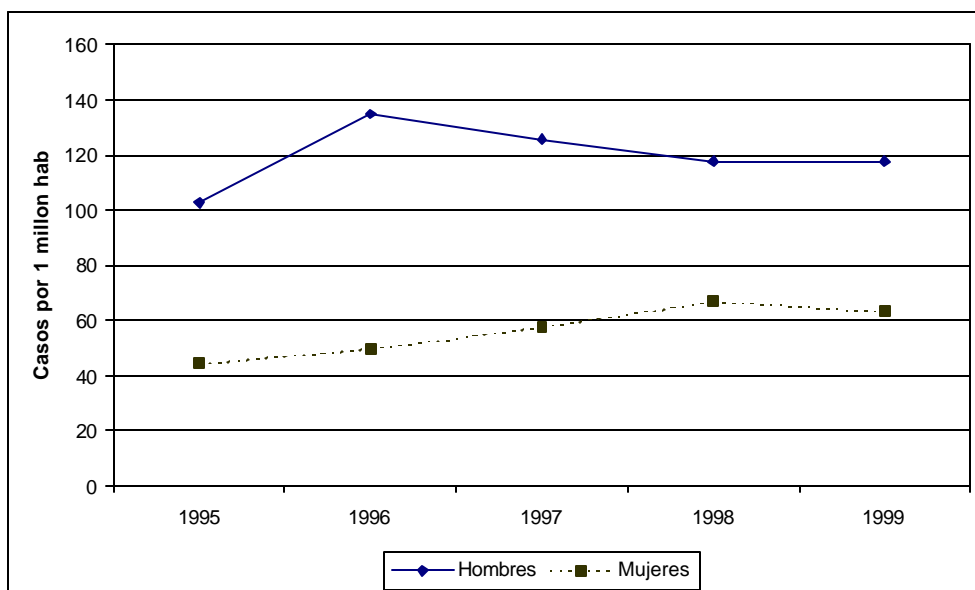
Fuentes: OPS/OMS. *Dengue & Hemorrhagic Fever (DHF) Region of the Americas* <http://www.paho.org/english/hcp/hct/vdb/dengue-cases-2001.htm>  
 OPS/OMS *El agravamiento de la situación del dengue y dengue hemorrágico en las Américas. Trienio 1996 - 1998.* <http://www.paho.org/Spanish/HCP/HCT/VBD/hct-dengue.htm>

Para controlar la epidemia El Salvador, Guatemala y Honduras han formado un comité tripartito que se encuentra preparando un “Plan de Prevención y Control”. El Comité ha propuesto la estandarización de definiciones y tratamientos, el intercambio de información y el fortalecimiento de los grupos técnicos que ya existían en los países.

### 3. VIH/SIDA

La epidemia de SIDA ha mostrado un comportamiento ascendente desde su aparición en Centroamérica a mediados de la década de los ochenta. Hasta 2001 se reportaron 1.20 millones casos y 616.96 mil defunciones de SIDA en la región de las Américas; de estos 25,535 casos y 6,559 defunciones se habían presentado en Centroamérica. En el Istmo Centroamericano la epidemia esta creciendo a un ritmo mayor que en el resto de América y los casos se concentran en las zonas urbanas más pobladas. En Centroamérica se presenta el mayor porcentaje de casos en niños de madres infectadas: 3.5% de los casos diagnosticados (OPS 1998). Hasta mayo de 2000 la exposición al virus del VIH a través de contactos heterosexuales fue responsable del 72.8% de todos los casos de SIDA notificados en Centroamérica (OPS 2000). De hecho, desde finales de la década de los noventa se ha observado un aumento proporcionalmente mayor de los casos en mujeres (Gráfico 12).

**Gráfico 12: 1995–1999. Tasa de incidencia de SIDA en Centroamérica por sexo**

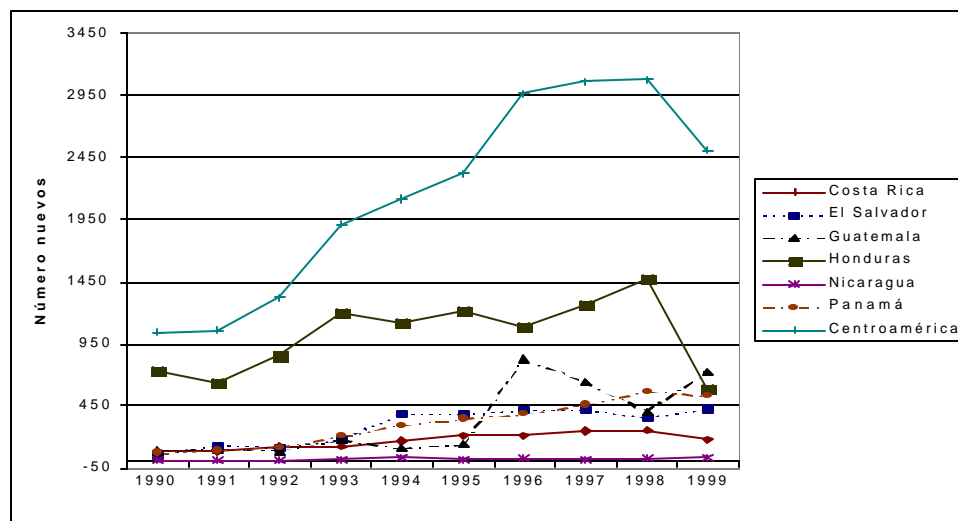


*Fuente: OPS/OMS. Vigilancia del SIDA en las Américas: Informe Bianual. Mimeografiado. Washington, Diciembre 2001.*

De total de casos centroamericanos reportados hasta 2001, 11,789 correspondían solamente a Honduras (OPS 2001a). El territorio de Honduras ha sido sede de fuerzas armadas norteamericanas, lo que favoreció la introducción y diseminación del VIH desde los Estados Unidos, además es uno de los más importantes emisores de refugiados, desplazados internos y migrantes hacia otros países entre los que sobresalen Guatemala y los EEUU. Ya en 1991 la tasa de prevalencia de VIH en San Pedro Sula era de 3.6% entre las mujeres embarazadas y de 14% entre las trabajadoras del sexo (OPS 1998).

Pero existen también situaciones particulares que aumentan la vulnerabilidad y el riesgo en el resto de los países del istmo. Belice es puerto receptor de tripulación de barcos y de trabajadores migrantes que concurren para las cosechas de cítricos, bananos, cacao y caña de azúcar; Panamá es paso de barcos mercantes de todas banderas y nacionalidades y flujo de migrantes sudamericanos hacia los Estados Unidos; Costa Rica es receptor de flujos migratorios de otros países centroamericanos; Nicaragua es expulsor a otros países especialmente a Costa Rica; El Salvador cuenta con puertos en el litoral pacífico y el conflicto armado movilizó a gran parte de su población a los EEUU y países centroamericanos; Guatemala es la puerta de entrada hacia Norteamérica y muchos migrantes de Centro y Sur América se radican temporalmente en el país, principalmente en las zonas geográficas aledañas a la frontera con México (USAID 1994). Esto determina incidencias y comportamientos epidemiológicos distintos en cada uno de los países centroamericanos, pero en todo caso, con una tendencia ascendente (Gráfico 13).

**Gráfico 13. 1990 – 1999: Número de casos de SIDA en Centroamérica**

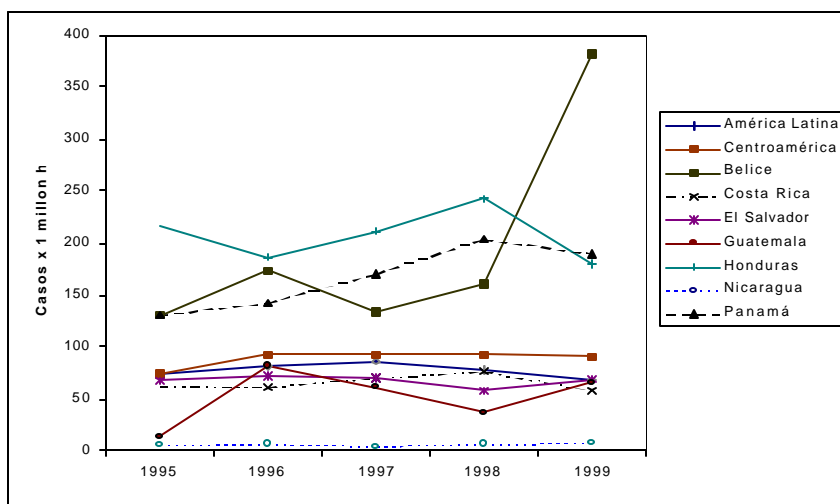


Fuente: OPS/OMS. Iniciativa Regional de Datos Básicos de Salud.  
<http://www.paho.org/Spanish/SHA/CoreData/>

El número de casos nuevos puede esconder información sobre el comportamiento de la epidemia en relación al número de habitantes. El gráfico 14 muestra que la tasa de incidencia por 1 millón de habitantes en Centroamérica se mantuvo relativamente estable en los últimos 5 años de la década de los noventa, pero a expensas de una disminución de la tasa de incidencia de Honduras, compensado con un incremento en las tasas de Belice<sup>iv</sup> y Panamá.

<sup>iv</sup> El aumento de la tasa de incidencia de 1998 a 1999 en Belice seguramente obedece a un incremento del reporte o mejoras en los sistemas de información, y no a un abrupto aumento de la transmisión. En todo caso, se asume que la tasa reportada en 1999 es más precisa y que la epidemia ha alcanzado paulatinamente niveles preocupantes.

**Gráfico 14: 1995 – 1999. Tasa de incidencia de SIDA en los países Centroamericanos**



Fuente: OPS/OMS. *Vigilancia del SIDA en las Américas: Informe Bianual. Mimeografiado. Washington, Diciembre 2001.*

Ante estas diferencias en el comportamiento de la epidemia en los países del istmo no debe perderse la perspectiva de factores de riesgo comunes que ameritan abordajes conjuntos. Se observa, por ejemplo, una asociación creciente entre la adquisición y diseminación de VIH/SIDA y la pobreza y la falta de acceso a los servicios básicos de educación y salud pública (OPS 1998). Además, todo el territorio centroamericano constituye paso obligado para el ingreso (legal o ilegal) hacia los Estados Unidos de América y Canadá. Esto aumenta las posibilidades de contactos sexuales múltiples casuales o comerciales. Un estudio de seroprevalencia encontró 6 casos positivos en una muestra de 600 mujeres que ejercían la prostitución en la Ciudad de Guatemala. Notablemente tres de ellas eran de nacionalidad salvadoreña y una nicaragüense. Del total de la muestra, 300 mujeres provenían de otros países (Ramírez 1995).

A este flujo emigratorio se agrega crecientemente el flujo inmigratorio derivado del retorno por la mejora relativa en las condiciones económicas de los países de la región a partir de la década de 1990, y por la creciente deportación de personas asentadas de forma ilegal en los Estados Unidos (PASCA 1999).

El abordaje conjunto de la epidemia excede el ámbito de lo promocional y preventivo. Los ahorros en los costos directos e indirectos de la enfermedad y el mejoramiento tanto de la duración como de la calidad de vida justifican el uso de los medicamentos antiretrovíricos que retardan la progresión de la enfermedad (OPS 2000). Es factible lograr importantes economías de escala en la compra conjunta de estos medicamentos en Centroamérica. Una encuesta conducida por OPS en mayo de 2002 determinó que los precios de la terapia antiretroviral en los

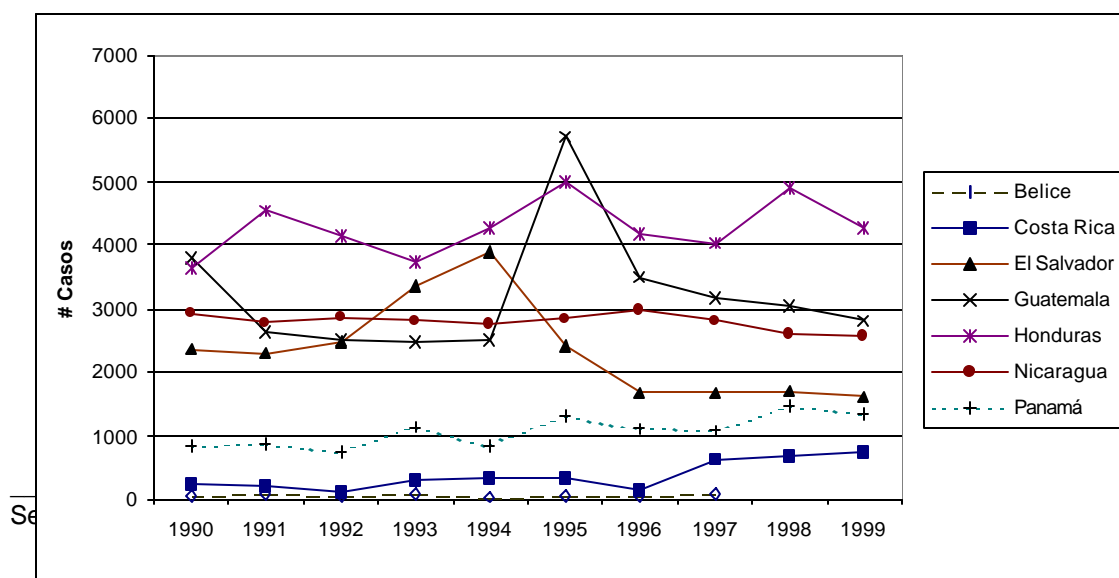
países de América Latina se redujeron hasta en un 54% en relación a mayo de 2001, como resultado de las negociaciones entre los ministerios de salud y las empresas farmacéuticas. A manera de ejemplo, y a pesar de que el costo anual del tratamiento con tres drogas se redujo en El Salvador de \$6250 a \$5582 para el mismo periodo, Jamaica pagaba por la misma terapia \$1226 (OPS 2002a).

#### 4. Tuberculosis

La incidencia de tuberculosis en Centroamérica no ha podido ser controlada en el transcurso de la pasada década. El número de casos se ha mantenido virtualmente inalterado (Gráfico 15). Al analizar el número absoluto de casos nuevos y su relación con la población, llama la atención que precisamente los países que presentan las mejores condiciones de vida en Centroamérica muestran una tendencia al alza desde finales de la década pasada (Gráfico 16). No se cuenta con una explicación sólida para esta tendencia. Probablemente la expansión del SIDA, la inmigración y el relativo deterioro de las condiciones de vida se han unido para evidenciar esta tendencia.

En Costa Rica la tasa de incidencia de todas las formas de tuberculosis se incrementó 2.2 veces entre 1990 y 1999 (de 9.3 por 100,000 a 21.0 por 100,000); en el mismo lapso, la incidencia de tuberculosis pulmonar se incrementó de 7.5 por 100,000 a 16.2 por 100,000. La tuberculosis es ahora la segunda causa de muerte por enfermedades infecciosas después del SIDA, registrando en 1999 2.3 defunciones por 100,000 habitantes. Durante 1997 – 1999 entre 20 y 40% de los pacientes abandonaron el tratamiento y se incrementó la farmacorresistencia a las micobacterias circulantes. A pesar de que Costa Rica está incluida entre los países de baja prevalencia (tasa inferior a 20 por 100,000), la tendencia al aumento en los años recientes, los altos porcentajes de abandono al tratamiento, y la creciente polifarmacorresistencia configuran un escenario preocupante para el futuro (OPS 2002). En Panamá la tendencia ha sido también al alza: en 1983 la tasa de incidencia fue de 19.7 por 100,000 habitantes y en 2001 de 52.7.

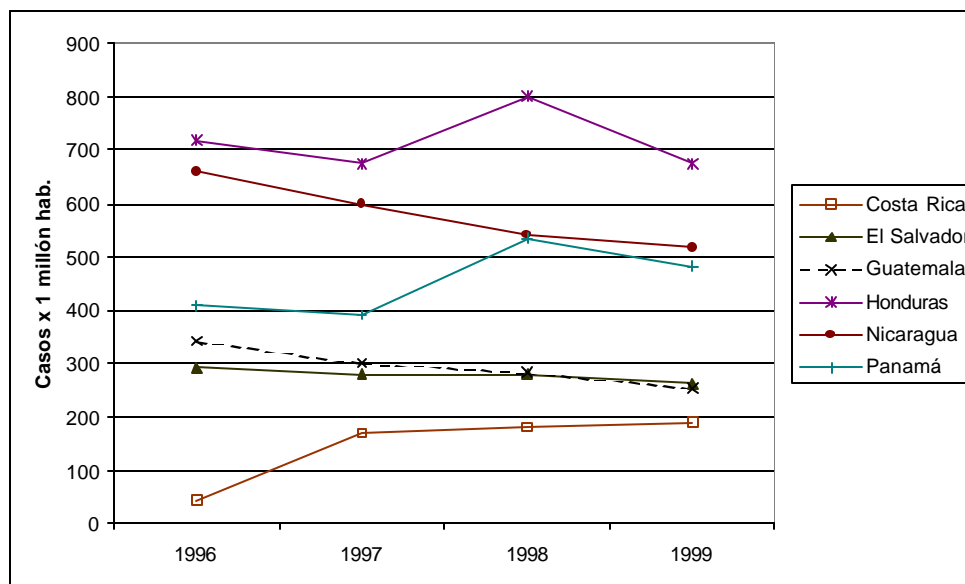
**Gráfico 15: 1990 – 1999: Casos registrados de tuberculosis en los países Centroamericanos**





Fuente: OPS/OMS. *Iniciativa Regional de Datos Básicos de Salud.*  
<http://www.paho.org/Spanish/SHA/CoreData/>

**Gráfico 16: Tasa de Incidencia de casos reportados de tuberculosis**



Fuente: OPS/OMS. *Iniciativa Regional de Datos Básicos de Salud.*  
<http://www.paho.org/Spanish/SHA/CoreData/>

La tuberculosis se encuentra asociada a condiciones de vida precarias de la población y constituye, además, una patología con la potencialidad de generar un círculo vicioso entre pobreza y enfermedad. Los casos se concentran en los grupos de edad más productivos de la población. Además, aun los pacientes con acceso a servicios de atención de salud pierden en promedio de tres a cuatro meses de su tiempo laboral. Entre 20% y 30% del ingreso familiar de los pacientes de tuberculosis debe invertirse en gastos relacionados con la enfermedad, y cerca de 15 años de aporte económico a la familia se pierden debido a la muerte prematura que ella ocasiona (WHO 2001).

Aunque ninguna de las tasas de incidencia en Centroamérica puede ser calificada de grave<sup>v</sup>, el difícil control de esta endemia ha motivado la movilización de recursos de donación para proyectos y programas específicos de cada país (tabla 5).

**Tabla 5: Situación de movilización de recursos para los programas de TB (2001)**

<sup>v</sup> Una tasa de incidencia de más de 85 x 100,000 hab, es considerada grave (La Salud en las Americas, 1998)

| <b>País</b> | <b>Monto</b>  | <b>Fuente</b>    |
|-------------|---|------------------|
| El Salvador | \$ 1.9 millones por 3 años                            | USAID            |
| Guatemala   | \$ 1 millón para 3 años                               | DFID             |
| Honduras    | \$ 650,000 para dos años                              | USAID            |
| Nicaragua   | \$ 1 millón para 3 años                               | DFID             |
| Panamá      | Euros \$393,000 para asesoría a comunidades indígenas | Fundación Damián |

*OPS/OMS. Incidencia Anual Promedio de Enfermedades Seleccionadas Bajo Vigilancia, por Subregión de las Américas.*  
<http://paho.org/Spanish/SHA/subindb98mb.htm>

## 5. Otras: Leptospirosis

La leptospirosis es una zoonosis bacteriana ampliamente distribuida en la región de las Américas. Entre 1992 y 1996 se registraron casos en 11 países de las Américas, incluyendo El Salvador, Honduras, Nicaragua y Panamá. En la localidad de Achuapa, Nicaragua, se notificaron más de 400 casos y 13 defunciones en 1995( OPS 1998). Honduras reportó 28 casos de leptospirosis en 2001; 20 de ellos en Tegucigalpa (Secretaría de Salud de Honduras (2001)

Durante el huracán Mitch se notificaron en Honduras los primeros casos de leptospirosis en el país, que constituyeron un brote de 172 casos, 28 de ellos confirmados por laboratorio y el resto con diagnóstico clínico epidemiológico, y 7 defunciones (OPS 2002).

## 6. Discusión de Resultados

### *a) Respuestas conjuntas en el Región*

A pesar de condiciones de vida distintas la situación epidemiología de las enfermedades analizadas tiende a homogenizarse. Seguramente la difusión de patrones estandarizados de abordaje preventivo y curativo y el apoyo de la comunidad internacional a los países de menor desarrollo económico y social ha hecho que la situación epidemiológica tienda a ser equiparable. El paso de personas y vectores a través de las fronteras, el comercio regional de bienes y servicios de consumo y de salud y la adherencia a compromisos internacionales han hecho que los países del istmo compartan los mismos riesgos y respuestas sanitarias y que identifiquen alternativas costo efectivas para abordar de forma conjunta problemas comunes.

En el marco de la RESSCAD se ha propuesto la creación de Grupos Técnicos Nacionales para la vigilancia y respuesta a las enfermedades emergentes y re emergentes de potencial epidémico y apoyar la creación de la Red Centroamericana de Prevención y Control de Enfermedades Emergentes y Reemergentes (RECACER); así como ratificar la vigencia de la iniciativa de

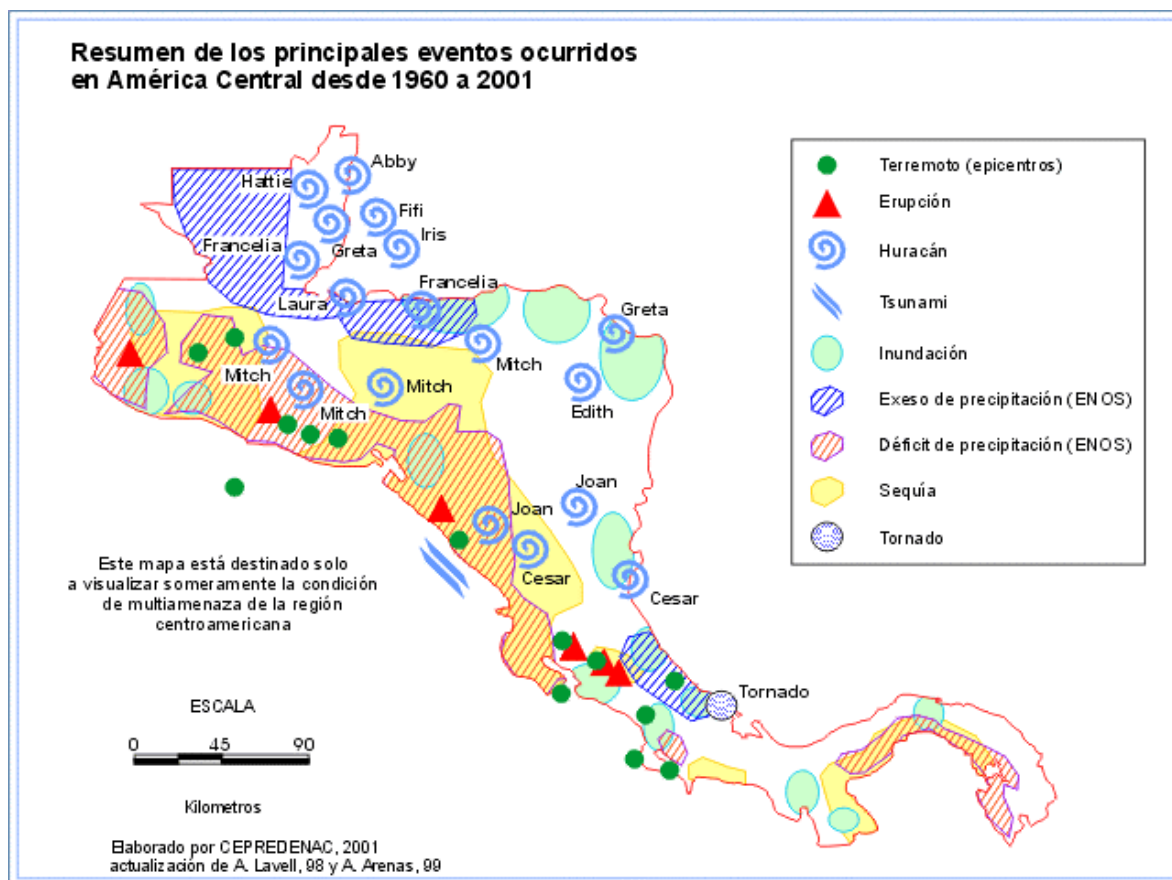
conformar la Red Centroamericana de Medicina de los Trópicos (RECAMET), y gestionar fondos para impulsar ambas iniciativas que son complementarias (Ministerio de Salud de Nicaragua, 2001). RECACER será un foro permanente y dinámico para la armonización de normas y protocolos de vigilancia y control, la elaboración de planes de acción y el intercambio de datos e información entre países para la coordinación de actividades de prevención y control de las epidemias.

## **C. Prevalencia y Riesgo de Desastres y Capacidad de Respuesta**

### **1. Riesgos Naturales**

Centroamérica ocupa una posición geográfica que la hace especialmente vulnerable a los desastres naturales. Se encuentra ubicada en el cinturón de fuego Circumpacífico, sobre placas tectónicas que chocan y liberan energía constantemente; cuenta con volcanes en permanente actividad y con la presencia de los huracanes del Gran Caribe; su geografía de altas montañas, valles y planicies aluviales y costeras la predispone a la incidencia de un amplio número de amenazas naturales. La biopolaridad climática, de distintas temporadas lluviosas y secas bajo la influencia de los dos océanos, el efecto intermitente de El Niño y el movimiento constante de la línea de Convergencia Intertropical, ofrece condiciones en que las inundaciones, deslizamientos y sequías son fenómenos regulares (CEPREDENAC 2002). El gráfico xx ilustra el impacto territorial de los mayores desastres en Centroamérica en los últimos 40 años.

**Gráfico 17: 1960 – 2001: Principales desastres naturales ocurridos en Centroamérica**



Fuente: CEPREDENAC. *Riesgos, Amenazas y Vulnerabilidad: La Ecuación del Desastre*. Centro de Coordinación para la Prevención de los Desastres Naturales en Centroamérica –CEPREDENAC-. Agosto, 2002 [http://www.cepredenac.org/02\\_regio/02\\_ries.htm](http://www.cepredenac.org/02_regio/02_ries.htm)

La consecuencia más directa e inmediata de los desastres naturales es la pérdida de vidas humanas como consecuencia directa del fenómeno o producto de las enfermedades que subsecuentemente emergen como producto del deterioro de la infraestructura habitacional y sanitaria. La tabla 5 presenta los principales desastres en Centroamérica de 1992 a 1997.

El huracán Keith en 2000 desbastó las islas de San Pedro y Caye Caulker y dejó inundadas dos terceras partes de Belice, afectando aproximadamente a 72,100 personas (30% de la población total) (OPS 2002).

El Sábado 13 de enero de 2001 un terremoto de magnitud 7.6 en la escala de Richter azotó El Salvador. El terremoto del El Salvador en enero de 2001 causó 1,259 muertes, y daños estimados en US\$ 1,582 millones. El más afectado fue el sector social, con 40%, seguido por el infraestructura, el sector productivo y el

ambiente (OPS 2002). La infraestructura de salud fue dañada. Un total de 8 hospitales fueron evacuados como medida preventiva.

Aproximadamente 800 camas quedaron inutilizadas en el momento de mayor necesidad. El principal efecto sanitario de un desastre como este no es la aparición de traumatismos –un problema atendido en unos cuantos días- sino el preservar los frágiles logros en el campo de las enfermedades transmisibles (OPS 2001b).

El Huracán Mitch, que adquirió la máxima categoría en la escala de Saffir-Simpson (categoría 5) con vientos cercanos a 290 kilómetros por hora, fue considerado el peor desastre de Centroamérica en el siglo XX. Su desplazamiento hacia el golfo de Honduras ocasionó intensas lluvias desde la costa atlántica hasta la zona occidental del país, que causó grandes inundaciones. La acumulación de fuertes precipitaciones afectó a la zona del Pacífico de Nicaragua provocando el deslizamiento del volcán casitas, y a zonas del este de El Salvador, Guatemala y Belice, que sufrieron inundaciones adicionales (OPS 2002).

El mayor impacto en término de vidas y viviendas perdidas por desastres ocurridos en la región de las Américas en el período 1997 – 2000 son atribuibles al huracán Mitch, que produjo 9,975 muertos, 9,176 desaparecidos, 12,942 heridos y 1.89 millones de damnificados. Los mayores daños se produjeron en Honduras y Nicaragua, seguidos por Guatemala y El Salvador, y en menor proporción por Belice y Costa Rica.

Se estima que, como producto del Huracán, quedaron inutilizadas por completo 53,000 letrinas. Los sistemas de alcantarillado de Tegucigalpa sufrieron averías graves y las aguas servidas llegaron directamente a los ríos que cruzan la ciudad contaminando el agua del río Choluteca, que alcanzó concentraciones de bacterias coliformes de origen fecal superior a 100,000 por 100 ml. Después del Mitch se notificó un incremento del 20% de casos de diarrea en menores de 15 años y hubo un brote de 172 casos de leptospirosis (OPS 2002b).

En Guatemala se reportaron 268 fallecidos como resultado del huracán. Al comparar las semanas epidemiológicas 43 y 45 de 1998 (antes y después del huracán) se registraron incrementos de las infecciones respiratorias agudas en un 88%, de las neumonías en un 60%, del Cólera en un 115% y de la malaria en un 77% (OPS 2002 b).

**Tabla 6. Principales desastres naturales en Centroamérica, 1990 - 2001**

| Año        | País que reporta               | Evento                           | Muertos | Heridos | Damnificados | Cobertura  | Impacto económico |
|------------|--------------------------------|----------------------------------|---------|---------|--------------|--|-------------------|
| Oct-nov-01 | Nicaragua                      | Tormenta Tropical Michelle       |         |         |              |  |                   |
| Oct-nov-01 | Honduras                       | Tormenta Tropical Michelle       | 7       |         | 61 000       |  |                   |
| Oct-01     | Guatemala                      | Huracán Iris                     |         |         | 700          |  |                   |
| Oct-01     | Belice                         | Huracán Iris                     | 22      | 5       | 9 880        |  | \$55 147 376      |
| Jun-ago-01 | Panamá; Costa Rica; Nicaragua; | Sequia                           |         |         |              | Vertiente del Pacífico desde el suroeste de Guatemala a la                                       |                   |
| Feb-01     | El Salvador                    | Terremoto                        | 315     | 3395    | 275013       |  |                   |
| Ene-01     | El Salvador                    | Terremoto                        | 944     | 5565    | 136410       | Todo el país   | \$1,255,000,000   |
| Oct-98     | Belice                         | Huracán Mitch                    |         |         |              | Todo el país   |                   |
| Oct-98     | Guatemala                      | Huracán Mitch.                   | 268     | 280     | 110758       | Todo el País   |                   |
| Oct-98     | El Salvador                    | Huracán Mitch                    | 240     |         | 84316        | Dptos. De la Unión, San Miguel, San Vicente, Usulután, Sonsonate,                                | \$748,000,000     |
| Oct-98     | Honduras                       | Huracán Mitch                    | 6600    | 12772   | 1393669      | Todo el país.  | \$388,000,000     |
| Oct-98     | Nicaragua.                     | Huracán Mitch                    | 2863    | 388     | 368261       | Vertiente caribe, norte y occidente.   | \$3,794,000,000   |
| Oct-98     | Costa Rica                     | Huracán Mitch                    | 4       |         | 16500        | Regiones del pacífico norte, central   | \$988,000,000     |
| Oct-98     | Panamá                         | Huracán Mitch                    | 2       |         | 8408         | Chiriqui, Veraguas y Darién.   | \$91,000,000      |
| Dic-97     | Nicaragua                      | Incendios                        |         |         |              | Sur de México hasta Costa Rica.  |                   |
| May-97     | Costa Rica                     | Sequia (El Niño)                 |         |         | 199279       | Todo el país.  |                   |
| May-97     | Nicaragua                      | Sequia                           |         |         | 200000       | Dpto.. León, Chinandega y Madriz.  | \$93,000,000      |
| May-97     | Honduras                       | Sequia                           |         |         |              | Choluteca, Valle, La Paz, Intibuca y   |                   |
| Nov-96     | Honduras                       | Tormenta tropical Marcos.        | 7       |         | 80840        | Dptos de Santa Barbara, El Yoro, Cortes, Atlántida, Colon y Copan.                               |                   |
| Jul-96     | Nicaragua                      | Huracán Cesar                    | 9       | 50      | 110000       | RAAN, RAAS, Centro del país y el noroccidente.   |                   |
| Jul-96     | Costa Rica                     | Huracán Cesar                    | 40      |         | 571367       | Efectos indirectos en todo el país   | \$53,000,000      |
| Feb-96     | Costa Rica                     | Inundación                       | 9       |         | 99000        | Provincias de Cartago, Limón y   | \$157,000,000     |
| Nov-95     | Nicaragua                      | Erupción del Volcán Cerro Negro  |         |         | 6144         | 15 comunidades locales alrededor del volcán.   | \$2,600,000,000   |
| Oct-95     | El Salvador                    | Inundaciones.                    | 5       |         | 8000         | Dpto.. de Usulután y San Vicente.  |                   |
| Oct-95     | Costa Rica                     | Tormenta tropical Opal y Roxanne |         |         | 4800         | Guanacaste, pacífico central y valle central.  |                   |
| Nov-94     | Costa Rica                     | Tormenta tropical Gordon.        | 13      |         | 1340         | Sur de Nicaragua, Costa Rica y norte de Panamá   |                   |
| Oct-94     | Honduras                       | Inundación                       | 150     |         | 15000        | Valle de Aguan y Dpto.. De   |                   |
| Dic-93     | Costa Rica                     | Inundación                       | 5       | 1       | 35000        | Vertiente caribe central y sur.  |                   |
| Nov-93     | Honduras                       | inundaciones                     | 174     |         | 15000        |  |                   |
| set-93     | Nicaragua                      | Tormenta tropical Gert.          | 37      |         | 123000       | Todo el país..   |                   |
| set-93     | Honduras                       | Tormenta Tropical Ger            | 27      |         | 67447        | 13 dptos. del país del sur sudoeste.   |                   |
| Ago-93     | Costa Rica                     | Tormenta Tropical Bret           | 1       |         |              | Region Brunca, Region Huetar Norte y Atlantaica, Region Pacifico Central y sur y Region Central. | \$7,700,000       |
| Ago-93     | Nicaragua                      | Tormenta Tropical Bret           | 31      |         | 69000        | RAAS, Dptos. de Río San Juan, Jinotepe, Masaya, Managua, León y                                  |                   |
| Ago-93     | Honduras                       | Tormenta Tropical Bret           |         |         | 16000        | Región sur, golfo de Fonseca. Dptos de Choluteca y el Triunfo.                                   |                   |
| Jun-93     | El Salvador                    | Deslizamiento.                   | 20      |         |              | Local, Dpto de la Libertad.  |                   |
| Oct-92     | El Salvador                    | Inundaciones                     | 2       |         | 9500         | La Unión, S Miguel, Usulután, S  |                   |
| set-92     | Nicaragua                      | Tsunami                          | 116     | 489     | 40500        | Costa Pacifica   |                   |
| Ago-92     | Nicaragua                      | Inundación                       |         |         | 61000        |  | \$25,000,000      |
| Jul-92     | Panamá                         | Tornado                          | 12      | 50      |              | Suburbios de Ciudad de Panamá  |                   |
| Abr-92     | Nicaragua                      | Erupción volcánica. Cerro Negro. | 2       | 75      | 120000       | Dpto de León, Estelí, Madriz, Chinandega y Jinotega  |                   |
| set-91     | Guatemala                      | Terremoto de Pachuta             | 25      | 150     | 20000        | Escuintla, Chimaltenango, Solola y Sacatepequez  |                   |
| Ago-91     | Panamá                         | Inundación                       | 12      | 61      | 20000        | Provincia de Bocas del Toro.   |                   |
| Ago-91     | Costa Rica                     | Inundación                       | 1       | 21      | 165000       | Cartago-Turrialba-Vertiente Caribe sur. Provincia de Bocas de Toro en                            |                   |
| Abr-91     | Costa Rica                     | Terremoto de Limón               | 53      | 299     | 10000        | Valle central, vertiente caribe.   | \$50,000,000      |
| Abr-91     | Panamá                         | Terremoto de Bocas del Toro      | 34      | 596     | 17500        | Bocas del Toro y Chiriqui  | \$ 500 000 000,00 |
| Dic-90     | Costa Rica                     | Terremoto de Alajuela            | 1       | 299     | 14000        | Valle Central.   |                   |
| Oct-90     | El Salvador.                   | Inundaciones                     | 17      | 20      |              |  | \$19,500,000      |
| Nov-90     | Honduras                       | Inundación                       | 15      |         | 95000        | Valle del Sula, Valle de Aguan y   |                   |

*Fuente: CEPREDENAC. Riesgos, Amenazas y Vulnerabilidad: La Ecuación del Desastre. Centro de Coordinación para la Prevención de los Desastres Naturales en*

*Centroamérica –CEPREDENAC-. Agosto, 2002*

[http://www.ceprendenac.org/02\\_regio/02\\_ries.htm](http://www.ceprendenac.org/02_regio/02_ries.htm)

Los daños a la salud producto de los desastres naturales también se derivan, indirectamente, de la pérdida de la infraestructura productiva con la consecuente pérdida de empleo y deterioro de los ingresos familiares. El valor económico de las pérdidas y daños cuasados por el Huracán Keith en Belice se estimó en US\$ 105.8 millones para la agricultura y US\$ 6 millones para la industria pesquera (OPS 2002c). El total de pérdidas ascendió a US\$ 5,000 millones, que representan el 15% del producto interno bruto regional. La mayor magnitud de pérdidas la sufrió Honduras, donde se concentró 70% de la población afectada y casi 68% de los daños económicos, equivalentes al 77% del PIB. En Nicaragua las pérdidas ascendieron a US\$ 900 millones, lo que dado su pequeña economía, representó 44% de su PIB (Caballeros 1999).

Los efectos más graves del Huracán Mitch se observaron en el sector agropecuario, cuyo producto sufrió una disminución del 8.7% que se tradujo, a su vez, en una profunda caída de las exportaciones (-9.4%). En este sector, el cultivo que experimentó los mayores daños fue el banano, con un descenso de 77% de su índice de producción, seguido del plátano (72%), el arroz (53%), el frijol (41%) y el café (11%). Por su parte, la actividad pecuaria decreció 2.8%, y el sector pesquero 1.3% debido, básicamente, a la reducción del cultivo de camarones (-4.2%) (Secretaría Salud Honduras 2002)

El tamaño y posición geográfica de los países centroamericanos determina que los desastres naturales no se circunscriban a las fronteras del país más afectado. De esta cuenta, se han emprendido esfuerzos conjuntos para mitigar sus daños potenciales. El Centro de Coordinación para la Prevención de Desastres Naturales en América Central (CEPREDENAC), fue creado en 1994 como el organismo responsable de promover la mitigación de desastres en la región. Se transformó en un ente regional intergubernamental, partícipe del Sistema de Integración Centroamericana por acuerdo de los presidentes y congresos nacionales en 1995(OPS 1998).

Nicaragua desarrolló un Plan de Emergencia Sanitaria Local (PESL) que incluye una guía metodológica y una estrategia de implementación. Este ha sido compartido en Costa Rica y Guatemala con alcaldes municipales y personal de los servicios de salud, constituyendo un ejemplo de una metodología desarrollada en la región capaz de extender sus beneficios potenciales a todos los países.

La Red Comunitaria de América Central para la Gestión de Riesgo, que enlaza a cientos de comunidades de Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá, se ha convertido en un espacio de integración, coordinación y convergencia de comunidades, organizaciones comunitarias y personas de América Central que trabajan en diferentes ámbitos del desarrollo (OPS 2002).

## 2. Riesgos Provocados por el Hombre

Son múltiples los riesgos y desastres ambientales provocados por el hombre. Su contribución a la erosión y pérdida de productividad de la tierra, la contaminación industrial de suelo, aire y agua, la reducción de las superficies boscosas, se cuentan entre ellos, pero por la situación productiva de Centroamérica, la intoxicación por plaguicidas cobra especial importancia.

El istmo de América Central es un área predominantemente agrícola y forestal de 0.5 millones de kilómetros cuadrados (40% arables) en donde la combinación de las formaciones geológicas, el relieve, el clima y los suelos producen una gran diversidad ecológica propicia para el cultivo de productos agrícolas variados a los que se asocian especies particulares de plagas y, consecuentemente, tipos específicos de insecticidas, funguicidas, nematocidas, herbicidas u otros plaguicidas (OPS 2002). La Organización Internacional del Trabajo (OIT) estima que en Centroamérica 49% de la población económicamente activa se dedica a tareas agrícolas y que 4 millones de personas involucradas en la agricultura están potencialmente expuestas a la acción de los plaguicidas (Castiglione 1999).

La importación de plaguicidas en el Istmo Centroamericano ha mostrado una dramática tendencia ascendente: entre 1994 y 2000 las importaciones se incrementaron en un 32%, de 34 a 45 millones de kg respectivamente. Al realizar el análisis de carga de plaguicidas por hectárea cultivada, considerando que el 85% de estos plaguicidas son utilizados en la agricultura, se determinó, para el año 2000, que Costa Rica y Panamá usan alrededor de 20 kg de plaguicidas por hectárea cultivada, lo que duplica el consumo promedio anual de la subregión centroamericana (9kg) (Henaó 2002).

El consumo promedio de plaguicidas por habitante para el período 1992-2000, se mantuvo cercano al 1.5 kg/habitante, lo que representa un consumo 2.5 veces superior al promedio mundial de 0.6 estimado por OMS. Al discriminar esta tendencia por países, todos los países centroamericano superan este límite mundial, pero de manera especial Belice, Panamá y Costa Rica. Más aún, para el mismo período, la carga de plaguicidas por trabajador agrícola pasó de 3.6 a 6.7 kg, llegando a alcanzar en el año 1995 la cifra de 6.9 kg con una ligera tendencia al descenso en los dos últimos años (Henaó 2002).

A este potencial de daño para la salud, se agrega el hecho de que aproximadamente 35% de los plaguicidas importados son de uso restringido en los países exportadores. Por otra parte, si bien en la región centroamericana se han prohibido 107 plaguicidas, ello no ha sido homologado entre los países y solo seis productos están prohibidos en todos los países del istmo: ácido 2,4,5 triclofenoxiacético, aldrín, clordano, dieldrín, heptacloro y toxafeno (OPS 2002).



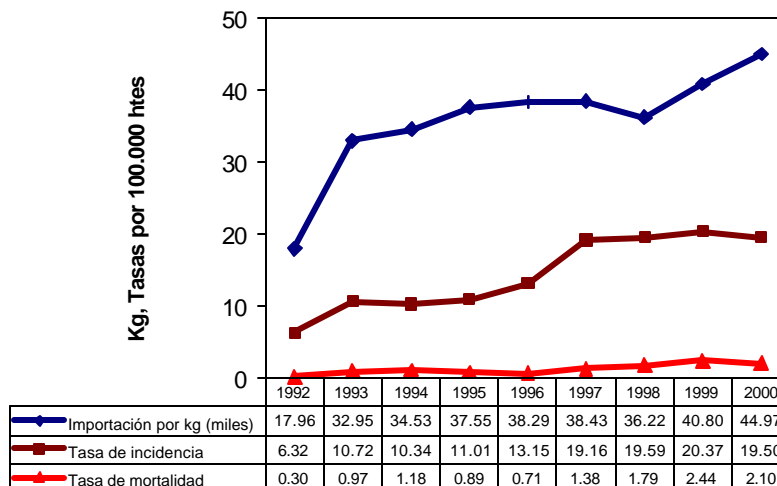
El uso de organofosforados, grupo responsable de la mayor parte de intoxicaciones por plaguicidas en la subregión, se triplicó hasta alcanzar 7,400 toneladas métricas anuales en 2000 (OPS 2002).

Ante los problemas originados por el uso intensivo e inadecuado de plaguicidas y la falta de un sistema de vigilancia en los países centroamericanos, la OPS impulsó a través de la iniciativa de MASICA, el proyecto “Aspectos Ocupacionales y Ambientales de la Exposición a Plaguicidas en el Istmo Centroamericano” (PLAGSALUD).

Con el fin de reducir significativamente los problemas de salud relacionados con los plaguicidas y apoyar la implantación de alternativas de agricultura sostenible, PLAGSALUD ha venido trabajando con los ministerios de salud, agricultura, educación, ambiente, trabajo, universidades y sociedad civil en cada uno de los países del Istmo Centroamericano, fortaleciendo las siguientes áreas: coordinación intersectorial, vigilancia epidemiológica, educación y capacitación, legislación e investigación. (Henao 2002)

En el marco de la vigilancia epidemiológica se ha logrado obtener valiosa información. El siguiente gráfico 18 muestra un progresivo aumento para el período, pasando de tasas de 6.32 por cien mil habitantes en 1992 a 19.5 en el año 2000. Para el año 2000 se presentaron 6,934 casos de intoxicación aguda por estas sustancias; el mayor número de casos lo registró El Salvador (2,349), seguido por Nicaragua (1,651) y Guatemala (1,060). Las tasas de mortalidad también registran una tendencia al ascenso en el período, pasando de un riesgo de muerte de 0.3 por 100.000 habitantes en 1992 a 2.10 en el año 2000. (Henao 2002)

**Gráfico 18: Tendencia de importación de plaguicidas (miles de kg), Tasas de incidencia y mortalidad por intoxicaciones en países del istmo Centroamericano, 1992-2000.**



*Fuente: OPS/OMS, Situación epidemiológica de las intoxicaciones agudas por plaguicidas en el Istmo Centroamericano. Preparado por Henao, S. y Arbeláez, P., Abril 2002*

Por otro lado, ya para el año 2000, los países centroamericanos tenían en funcionamiento más de 150 comisiones locales intersectoriales de plaguicidas (CLIPS), información sobre modalidades y consecuencias del uso de los plaguicidas que incluyen, como en Belice, Costa Rica y Guatemala, la ejecución de actividades locales de instrucción y capacitación, así como la certificación de usuarios de plaguicidas. Algunos resultados relevantes de estas acciones han sido, por ejemplo, la capacitación de 30,000 agentes en Guatemala (1998 – 2000), el análisis de la legislación existente sobre plaguicidas en cada uno de los países centroamericanos, el establecimiento de huertos orgánicos escolares en áreas piloto de Panamá (1999 – 2000), y la prohibición de comercialización de 61 plaguicidas en Nicaragua (OPS 2002).

Basado en los datos obtenidos a través de los sistemas de vigilancia, los Ministros de Salud de los países de América Central acordaron por unanimidad durante la XVI RESSCAD (Tegucigalpa, septiembre de 2000) la restricción del uso de los 12 plaguicidas que más intoxicaciones y muertes causan en la región (paraquat, monocrotofos, endosulfán, fosforo de aluminio, clopirifós, carbosulfán, metilpartión, terbufós, metomil, metamidofós, etoprofós, aldicarb) e iniciar los trámites para prohibir un total de 107 plaguicidas que se siguen utilizando en la Región pese a estar proscritos en ámbito internacional.

También bajo el marco de acciones integradas, en septiembre de 2000 se llevó a cabo en México la primera reunión conjunta de los comités directivo y operativo del programa de atención integral para eliminar progresivamente el DDT y reducir sus efectos de exposición de largo plazo en México y América Central. Este programa es parte del esfuerzo mundial para eliminar los contaminantes orgánicos persistentes y tiene gran prioridad debido a que es uno de los primeros que financia el Fondo para el Medio Ambiente Mundial (FMAM). El programa, en el que participan todos los países centroamericanos y México ha sido aceptado por el FMAM, que ya liberó una parte de los fondos solicitados para el proyecto. El proyecto definitivo tendrá una duración aproximada de tres años y un costo de US\$ 12 millones. La OMS, el PNUMA y la FAO han ofrecido apoyo al programa (OPS 2002).

### ***D. Procesos de Reforma del Sector Salud***

Muchas de las importantes transformaciones del sistema de servicios de salud en Centroamérica ocurrieron antes de la década de los noventa. El inicio de los noventa marca, sin embargo, una etapa acelerada de transformación particularmente por la influencia que ejerce la renovada agenda de las agencias de cooperación técnica y financiera.

En este marco, la mayor parte de países de América Central habían iniciado a mediados de los noventa (ver tabla 6) procesos de reforma del sector salud, con características muy similares a pesar de las particulares características y demandas de cada país.

La definición adoptada por las agencias de cooperación recoge bien sus características comunes ..... “un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias y funciones del sector salud con el propósito de aumentar la equidad en sus prestaciones, la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus actuaciones y con ello lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población. Se trata de una fase intensificada de transformación de los sistemas de salud realizada durante un período determinado de tiempo y a partir de coyunturas que la justifican y viabilizan” (OPS 1997).

Sin pretender ser exhaustivo, el cuadro 7 recoge la orientación de los procesos de reforma del sector salud en los países de Centroamérica. Se pueden apreciar características comunes en la mayor parte de los procesos, particularmente en las áreas de descentralización y participación privada. La implementación de estas iniciativas ha demandado, en la mayor parte de casos, la promulgación o modificación de leyes básicas en casi todos los países de la Región.

Justamente estos dos componentes del proceso de reforma –la descentralización y la participación privada- tienen la potencialidad de fortalecer relaciones inter-departamentales, inter-municipales o entre empresas privadas centroamericanas,

fortaleciendo los lazos regionales más allá de los proyectos e iniciativas de integración formales producto del consenso de las administraciones públicas de los respectivos países.

Esta agenda compartida del proceso de reforma en salud deriva, en parte, de la influencia que han ejercido las agencias de cooperación técnica y financiera (particularmente el Banco Interamericano de Desarrollo y el Banco Mundial) en el diseño de los componentes de los programas de reforma sectorial (OPS 2002c). De hecho, la revalorización de la inversión en capital humano como motor del desarrollo<sup>vi</sup> y los cambios estructurales en el aparato estatal iniciados en la década de los noventa tuvieron, con frecuencia, el apoyo de estos mismos entes financieros. Muchas de las reformas del sector salud en América Central se inscribieron, pues, en planes y programas integrales de modernización del estado. Los avances en la descentralización y las reformas financieras, por ejemplo, no hubieran sido posibles sin cambios estructurales en el aparato estatal y sin esfuerzos coordinados con otros sectores económicos y sociales.

Al igual que en otros sectores sociales, una de las consignas centrales del proceso de transformación del sector salud fue el uso más eficiente de los recursos públicos. Así, en la mayor parte de países se identifican actividades orientadas al diseño de canastas básicas de intervenciones altamente efectivas por su costo, la focalización de estas en los pobres o en grupos en alto riesgo biológico y la introducción de compromisos de gestión o nuevas modalidades de asignación de recursos en la administración pública. Estas intervenciones tienen la potencialidad de hacer más eficiente el uso de los recursos públicos. De hecho, en varios casos, la extensión de cobertura está siendo financiada con los *ahorros* derivados de una mejor gestión.

Otro factor común en las reformas introducidas en la mayor parte de países centroamericanos –particularmente en aquellos que muestran un menor nivel de desarrollo humano- ha sido la falta de participación de la población en su diseño. Las reformas *orientadas por la oferta*<sup>vii</sup> tienen la potencialidad de ser rápidamente implementadas y de mostrar resultados intermedios en plazos menores, pero carecen del necesario sustento social que asegura su permanencia, particularmente en momentos de turbulencia política.

El cuadro 7 evidencia que los procesos de reforma del sector salud en el istmo son relativamente jóvenes. La mayor concentración de iniciativas de implementación puede situarse alrededor de 1996 – 1997. Dado que el tiempo de madurez de estas iniciativas es lento, es poco probable que puedan mostrarse impactos directos en la salud de la población como resultado de estas transformaciones.

---

<sup>vi</sup> El sector salud se vio particularmente influido por el informe del Banco Mundial en 1993: *Invertir en Salud*.

<sup>vii</sup> Un grupo de planeación central decide, por ejemplo, las intervenciones a ser incluidas en la canasta básica de intervenciones y la modalidad con que se entregarán los servicios.

Además, muchos procesos fueron iniciados sin la elaboración de estudios de línea basal o la programación de evaluaciones sistemáticas.

Pero aun antes de que varios componentes del proceso de reforma hayan sido evaluados y –eventualmente- reorientados, es posible anticipar algunas limitaciones en el abordaje o en el alcance del proceso global:

- El *colchón de ineficiencia* del que varios países están echando mano para financiar la extensión de cobertura y el resto de componentes de la reforma, es limitado. El fortalecimiento del primer nivel de atención, el envejecimiento de la población y la emergencia de nuevas patologías seguramente se conjugarán para incrementar el gasto en atenciones clínicas especializadas. Si los recursos del sector público no crecen al mismo ritmo, el resultado puede ser (como lo sugiere la tendencia en varios países) el incremento del gasto de bolsillo, que arrastra no solo ineficiencia, sino que más inequidad.
- Los compromisos que gobiernos asumen con las agencias financieras en el marco de la reforma sectorial suelen estar concentrados en una administración de gobierno. Posiblemente esta es la razón por la que la separación de funciones entre instituciones públicas –una empresa de mayor costo político y que demanda esfuerzos de varias administraciones de gobierno- no ha sido abordada por la mayor parte de países. Notablemente, Costa Rica logró completar un exitoso proceso de separación de funciones. Este se inició en la década de los setentas cuando el Ministerio transfirió los hospitales a la Caja de Seguridad Social. En 1994 se transfirieron también los programas preventivos a la CCSS, quedando el Ministerio como responsable de la rectoría del sector salud.
- Es notable la ausencia de la seguridad social en la mayor parte de procesos de reforma sectorial de la región, aun cuando la experiencia de otros países de América Latina sugiere la importancia de su presencia por ser una institución con mayor flexibilidad para la movilización de recursos financieros.
- La falta de participación del usuario o de la población organizada en las decisiones centrales del proceso de transformación del sistema que les entrega servicios de salud, puede asegurar una implementación ágil y la presentación temprana de resultados intermedios, pero tiene la potencialidad de hacer que las transformaciones sean frágiles en momentos de cambios políticos, costosas y probablemente insostenibles en ausencia de recursos financieros externos<sup>viii</sup>.

---

<sup>viii</sup> La necesidad de acercar los servicios a una población que no los demanda espontáneamente y la falta de fiscalización social, multiplican las inversiones públicas para entregar una cantidad determinada de servicios, si se compara con un escenario en el que existe una participación más informada y organizada de la comunidad.

Al analizar estos datos con los de secciones anteriores de este documento, se refuerza la idea de que la situación de salud de la región muestra una tendencia hacia la homologación, no solo por la coincidencia de los perfiles epidemiológicos, sino también por las transformaciones actuales de los sistemas de salud y los retos que deben enfrentar los sistemas públicos de salud.

**Tabla 7: Actividades relevantes en el marco del proceso de reforma del sector salud de los países Centroamericanos**

|             | Descentralización  | Separación de funciones   | Focalización  | Participación Privada  | Diseño de Canasta Básicas   | Promulgación o modificación de leyes básicas  | Programas de Aumento de Cobertura   | Cambios organizacionales   | Modelos de Gestión   | Participación Social  | Cambios en financiamiento  |
|-------------|--|---|---|--|---|---|---|--|--|---|--|
| Costa Rica  | 1998: Mayor competencia a establecimientos para administrar recursos y comprar servicios a terceros  | 1997: CCSS separa financiamiento, compra y provisión de servicios. Gerencia administrativa compra servicios a 120 proveedores (incluyendo 29 hospitales de la CCSS). Gerencia médica establece normas de atención |   | 2002: CCSS atiende a 400,000 personas mediante compromisos de gestión con 4 cooperativas de salud y un convenio con la Universidad de Costa Rica.                                |   | 1998: Decreto ejecutivo crea el Consejo Nacional del Sector Salud. Ley de desconcentración de hospitales. // 1999: Reglamento de las Juntas de Salud  | Mejora de acceso geográfico a unidades de atención básicas. Estudio de 1998 demostró que eran similares en área rural y urbana. // El problema de acceso se refleja en las listas de espera de especialidades | Organización de Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS). En 2000 70% de la población estaba cubierta por EBAIS (90% en el área rural)  | Uso de compromisos de gestión en administración de establecimientos de salud // En el primer nivel financiador compra un paquete de servicios "per cápita" y en los hospitales compran "Unidades de Producción Hospitalaria" regular   | 1999: CCSS reglamento el funcionamiento de organismos comunitarios facultados para participar en la planificación y gestión de cada establecimiento de salud. 40% se desempeñan en forma regular                    | 1999: 21% destinado al primer nivel de atención. // Algunos asegurados con capacidad de pago y no satisfechos con las listas de espera o la calidad recurren a la medicina mixta en el que pagan la consulta de un médico privado, pero los medicamento y estudios de laboratorio y gabinete son proporcionados por la CCSS. |
| El Salvador | Año 2000 se estableció una nueva estructura orgánica, administrativa y funcional expresada en la conformación de los Sistemas Básicos de Salud Integral (SIBASI), considerados como la unidad operativa descentralizada de los servicios de salud. |   | Se han definido grupos de riesgo y poblaciones vulnerables a los que habrá de brindárseles servicios  | El ISSS esta desarrollando un modelo de compra de servicios a entidades privadas.  |   | Formulación de anteproyecto de Código de Salud para su revisión y consulta // Formulación de Ley, reglamento y políticas de equiparación de oportunidades para personas discapacitadas y el Programa de Rehabilitación de base comunitaria. |   |  |  |   |  |
| Guatemala   | 1996: Deconcentración de la ejecución de fondo rotatorio en las áreas de salud   |   | 1997: Extensión de cobertura privilegia a comunidades indígenas y rurales del nor occidente del país  | 1998: Contratación de ONG para la provisión de servicios públicamente financiados // Patronatos en hospitales están autorizados a recaudar contribuciones para su financiamiento | 1997: SIAS diseña plan básico de salud que un incluye intervenciones clínicas y de salud pública. | 1997: Elaboración de nuevo código de salud  | 1997: SIAS inicia extensión de cobertura en el primer nivel de atención   | 1997: Desarticulación de antigua Dirección General de Servicios de Salud. Programas y unidades se trasladan a entes descentralizados. // Los Centros de convergencia en el primer nivel constituyen el espacio físico donde los pacientes son atendidos por el médico comunitario. | 1997: Establecimiento de convenios con ONG. // Incremento del personal contratado a corto plazo  |   | Con el SIAS se orientan presupuesto del MSPAS al primer nivel de atención.   |
| Honduras    | La red hospitalaria pública junto con los niveles operativos están facultados para manejar las finanzas.   |   |   | Se han delegado responsabilidades en la prestación de servicios a Organismos no Gubernamentales (ONG's) y privados de Desarrollo (OPD's).  |   |   |   | Organización de la Secretaría  |  | Los Consejos Intermunicipales van surgiendo como un nivel intermedio que moviliza recursos, participa en el análisis de las condiciones de vida y salud y participa en la toma de decisiones para la planificación. |  |
| Nicaragua   | 1991: Establecimiento de Sistemas Locales de Atención Integral en Salud -SILAIS-   |   | El paquete de servicios que se compra a proveedores privados está orientado a niños menores de 1 año y mujeres embarazadas que viven en municipios de pobreza severa y alta | El MINSa ha hincado a través del PMSS la compra de servicios a proveedores locales. // Contratación de ONG's en el primer nivel de atención                                      | Se compra a conjunto básico de proveedores locales un paquete básico de servicios definido.       | La Ley General de Salud está pendiente de su aprobación en el Congreso // Se ha elaborado una Ley Orgánica de Seguridad Social en Nicaragua que está en revisión  |   |  | Se reconocen estímulos a los que captan pacientes en las zonas más alejadas. El modelo está siendo implementado por 32 municipios // 2000: introducción de compromisos de gestión, los cuales se firman entre el Nivel Central y los municipios y hospitales piloto del PMSS.. |   |  |
| Panamá      | En cuatro regiones sanitarias se están transfiriendo de manera gradual y progresiva responsabilidades, competencias y recursos.  | El Hospital Integrado de San Miguel Arcángel unificó el financiamiento del Ministerio de Salud y la Seguridad Social para otorgar servicios en forma conjunta a todos los beneficiarios                           |   | Se aprobó la ley del Hospital Santo Tomás // 2001: Experiencia piloto de ampliación de cobertura mediante contratación de ONG //   | Establecimiento de un conjunto de prestaciones a través de programas locales                      | 1998: Nuevo modelo de administración de hospitalidad // 2000: Modelo de gestión pública descentralizado   |   | Reorganización de servicios de salud en Regiones de Salud de San Miguelito y Metropolitana   | En las regiones de San Miguelito, Metropolitana y Veraguas existen acuerdos de gestión // En el hospital San Miguel Arcángel se han introducido los compromisos de gestión y los contratos - programa para la atención en salud  |   | Desde 1995 el MS y la CSS han compensado costos por servicios prestados a población asegurada / no asegurada atendida por ambas instituciones.   |

Fuente: OPS. Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Guatemala (2001), Nicaragua (2002), Belice (2002), Honduras (2001), Costa Rica (2002), Panamá (2001), El Salvador (2001). Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. División de Desarrollo y Servicios de Salud.

**Tabla 8: Cronología del proceso de reforma del sector salud en los países Centroamericanos**

| Elemento Proceso de Reforma Sectorial               | 1990 | 1991          | 1992 | 1993 | 1994       | 1995       | 1996                          | 1997   | 1998   | 1999           | 2000   | 2001                        |
|---|------|---------------|------|------|------------|------------|-------------------------------|--|--|----------------|--|-----------------------------|
| <b>Descentralización</b>                            |      | (Nicaragua I) |      |      |            |            | (Guatemala I)<br>(Honduras I) |  | (Costa Rica I)                               |                | (Belice P)<br>(El Salvador P/I)  |                             |
| <b>Separación de funciones</b>                      |      |               |      |      |            |            |                               | (Costa Rica I)                                 | (Panamá I)                                   |                | (Belice P)<br>(Costa Rica I)   |                             |
| <b>Focalización</b>                                 |      |               |      |      |            |            |                               | (Guatemala I)                                  |  | (Nicaragua I)  |  |                             |
| <b>Participación privada</b>                        |      |               |      |      |            |            |                               | (Guatemala I)                                  | (Costa Rica I)<br>(Honduras I)               | (Panamá P)     | (Costa Rica I)<br>(El Salvador P)  | (Nicaragua I)<br>(Panamá P) |
| <b>Diseño canasta básica</b>                        |      |               |      |      |            |            |                               | (Guatemala I)<br>(Panamá P)                    |  | (Nicaragua I)  | (El Salvador P)  |                             |
| <b>Promulgación o modificación de leyes básicas</b> |      |               |      |      |            |            |                               | (Guatemala I)                                  | (Costa Rica I)<br>(Panamá I)                 |                | (Belice P)<br>(Costa Rica I)<br>(El Salvador I)<br>(El Salvador P)<br>(Panamá I) |                             |
| <b>Programas de aumento de cobertura</b>            |      |               |      |      |            |            | (Guatemala I)                 |  | (Costa Rica I)                               |                |  | (Panamá P)                  |
| <b>Cambios organizacionales</b>                     |      |               |      |      | (Panamá P) |            |                               | (El Salvador P)<br>(Guatemala I)<br>(Panamá P) | (Costa Rica I)<br>(Honduras I)<br>(Panamá I) |                | (Belice P)<br>(Honduras I)   |                             |
| <b>Cambios modelos de gestión</b>                   |      |               |      |      |            | (Panamá I) |                               | (Guatemala I)<br>(Panamá P)                    | (Costa Rica I)                               |                |  |                             |
| <b>Participación Social</b>                         |      |               |      |      |            |            |                               |  | (Honduras I)                                 | (Costa Rica I) |  |                             |
| <b>Cambios de financiamiento</b>                    |      |               |      |      |            |            |                               | (Guatemala I)                                  |  | (Costa Rica I) |  |                             |
| <b>Sistema información financiamiento y gasto</b>   |      |               |      |      |            |            |                               |  |  |                | (El Salvador I)  |                             |

Fuente: En base a cuadro 6

Claves: (P) Planeación; (I) Implementación; (E) Evaluación



## ***E. Iniciativas de Salud en el Marco de la Integración Centroamericana***

Aunque las primeras reuniones de los Ministros de Salud del Istmo se remontan a mediados del siglo pasado, no es sino hasta principios de la década de los ochenta que estas adquieren un carácter más regular y sistemático. El cuadro 8 presenta una síntesis de hechos históricos sobresalientes en las reuniones del sector salud de Centroamérica.

**Tabla 9: Hechos históricos sobresalientes en las reuniones del sector salud de Centroamérica**

|      |   |
|------|---|
| 1956 | Ministros de Salud inician Reunión de Ministros de Salud de Centroamérica y Panamá – REMCAP-  |
| 1971 | Se iniciaron reuniones de Directores Generales de Salud   |
| 1983 | XXVIII Reunión de Ministros de Salud de Centroamérica y Panamá se sugiere desarrollo de proyectos conjuntos. En lo sucesivos las regiones y acuerdos estarían en su mayoría vinculados a las prioridades subregiones y de los países de Centroamérica.  |
| 1984 | Se establece el Plan de Necesidades Prioritarias de Salud de Centroamérica y Panamá (PPS/CAP) con 7 áreas prioritarias: fortalecimiento de los servicios de salud, medicamentos esenciales, recursos humanos, alimentación y nutrición, enfermedades tropicales, medio ambiente y salud, supervivencia infantil. El PPS/CAP se dio a conocer a través del lema: “Salud: Puente para la Paz en Centroamérica”. En este marco se presentaron a la comunidad internacional 123 proyectos nacionales y 30 subregionales. La mayoría de los proyectos nacionales y dos tercios de los subregionales fueron ejecutados en los siguientes años invirtiéndose cerca de 425 millones de dólares. La mayoría de los recursos fueron donados por los países nórdicos, Estados Unidos y España. |
| 1985 | Se incorporan a las reuniones las Instituciones de Seguridad Social y se establece posibilidad que participen otros delegados como los representantes de instituciones de agua y saneamiento. Se constituye la I Reunión del Sector Salud de Centroamérica y Panamá (RESSCAP) que sustituyó a la XXX REMCAP. La OPS se constituye en secretaria técnica de las reuniones  |
| 1988 | En la VI RESSCAP se inició la participación de Belice como miembro pleno y de República Dominicana como país observador. Se adoptó el nombre de Reunión de Salud de Centroamérica (RESSCA)  |
| 1988 | Fueron ampliadas las áreas prioritarias de PPS/CAP para incluir a los <i>Refugiados</i> y el <i>respaldo a los acuerdos entre países</i> . En este marco 33 proyectos nacionales y 5 subregionales lograron movilizar 21 millones de dólares adicionales.   |
| 1990 | Concluida la primera fue (de 1983 a 1989), la IV RESSCA lanza la segunda etapa del PPS/CAP para el periodo 1990 – 1994. Se denominó Iniciativa de Salud de Centroamérica (ISCA), bajo el lema “Salud y Paz Hacia el Desarrollo y la Democracia en Centroamérica”. Se identificaron 4 áreas prioritarias: Infraestructura en Salud, Promoción de la Salud y Control de Enfermedades, Atención a Grupos Vulnerables, Medio Ambiente. En este marco surge el Programa Subregional Medio Ambiente y Salud en el Istmo Centroamericano –MASICA-.   |
| 1991 | La solicitud de fondos para la segunda etapa se realizó durante la III Conferencia de Madrid; 20 proyectos subregionales recibieron apoyo. Se apoyaron además proyectos en las áreas de ambiente, mujer, salud y desarrollo, atención de desplazados, control de enfermedades transmitidas por vectores y apoyo a la cooperación entre países.  |
| 1993 | Se crea el Sistema de Integración Centroamericana –SICA-. La RESSCA empieza a relacionarse con las Instituciones del Sistema de Integración. El papel de la RESSCA quedó establecido como el de un foro de consulta, deliberación, consenso y asesoría del sector salud, ya que el foro político es el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica   |

|      | (COMISCA)  |
|------|--|
| 1994 | Se evaluó la segunda etapa del PPS/CAP se definió la fase III a la cual se le llamó Iniciativa de Salud de Centroamérica III (ISCA III), bajo el lema "Salud Motor para la Integración Social". Las nuevas áreas incluidas fueron: Salud en el Desarrollo; Reforma y Desarrollo Sectorial, Promoción de la Salud e Intersectorialidad, Promoción y protección del Ambiente, Alimentación y Nutrición, Prevención y Control de Enfermedades y Atención a Grupos Especiales. |
| 1995 | En la XI RESSCA se acuerda adoptar a la ISCA como la agenda de Salud del Istmo y que las áreas prioritarias establecidas por el COMISCA, sean los componentes para la formulación de un Programa de Acciones Inmediatas de Salud de Centroamérica (PAISCA), incluyendo 7 temas: micronutrientes, inmunizaciones, enfermedad diarréica y cólera, SIDA y enfermedades de transmisión sexual, malaria y dengue, sistema de información en salud, agua y saneamiento.          |
| 1998 | XIV RESSCA. Fue incorporada oficialmente República Dominicana y el nombre cambia nuevamente a "Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana" – RESSCAD-<br>Durante esa reunión se hizo notar que el PAISCA no había logrado movilizar recursos financieros nacionales y sus acciones fueron puntuales y de limitada sostenibilidad.  |
| 2001 | XVII RESSCAD: Se acuerda aprobar la siguiente agenda de salud para los próximos 10 años: reforma del sector salud, programa de inmunizaciones, agua, saneamiento y ambiente, disminución de vulnerabilidad en casos de desastres, enfermedades emergentes y reemergentes, seguridad alimentaria y nutricional, violencia como problema de salud pública, síndrome de inmunodeficiencia adquirida.  |

*Fuente: OPS/OMS – Ministerio de Salud Nicaragua. Salud e Historia en Centroamérica: Análisis de las Regiones del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana 1985 – 2000. Nicaragua, Julio 2001.*

De acuerdo al Reglamento de la RESSCAD, los temas a considerar deben cumplir, al menos, con los siguientes criterios:

- Favorecer la integración centroamericana
- Tener alto contenido de externalidades
- Tener factibilidad de trabajo regional, o al menos, binacional
- Fortalecer la cooperación técnica entre los países y contribuir a la reducción de las inequidades

De acuerdo a estos criterios, el tema de mayor relevancia ha sido el control de enfermedades transmisibles (poliomielitis, malaria, sarampión, dengue, cólera, chagas, tétanos neonatal, SIDA). Con menos insistencia se han discutido temas de servicios de salud, medio ambiente y saneamiento básico (particularmente después del cólera), recursos humanos, medicamentos, alimentación y nutrición y desastres (OPS 2001). La Seguridad Social ha sido un tema virtualmente ausente en las reuniones, posiblemente porque los Ministerios de Salud actúan más en su papel de proveedores de servicios que de rectores del sector salud<sup>ix</sup>.

<sup>ix</sup> Los directores y gerentes de las entidades de seguridad social de Centroamérica firmaron en Managua, Nicaragua, el 7 de septiembre de 1994, el Convenio Multilateral para la Protección en Salud de los Asegurados en Tránsito de las Instituciones de Seguridad Social de Centroamérica. Este acuerdo entró en vigencia en diciembre de 1996, pero su impacto y repercusiones políticas ha sido limitado (Icaza, 1997).

Es difícil identificar impactos directos de la RESSCAD en la salud o en las condiciones de vida de la población, por la diversidad de factores que intervienen, pero puede atribuírsele logros muy concretos tanto en el campo político como sanitario:

- La organización de actividades multinacionales durante el período del conflicto armado; incluyendo “Días Nacionales de Vacunación “ de forma simultánea en todos los países, lo que posibilitó, inclusive, ceses al fuego.
- La participación de Guatemala y Belice en reuniones conjuntas en el ámbito ministerial y la inclusión de Belice en el INCAP, la RESSCA y otros acuerdo bilaterales y multilaterales
- La atención en salud de las poblaciones involucradas o afectadas por los conflictos armados durante el período de pacificación o desmovilización y la atención en salud a poblaciones fronterizas<sup>x</sup>.
- Articulación de los sectores salud y ambiente mediante la realización de 3 reuniones de ecología y salud (ECOSALES), los resultados del programa MASICA, y más recientemente la 1ª reunión de ministros de salud y ambiente en el marco de la integración centroamericana (Panamá, noviembre 2001).
- La disminución de la incidencia de enfermedades inmunoprevenibles gracias al incremento de las coberturas de vacunación.
- Erradicación de la polio y la eliminación de la transmisión autóctona del sarampión
- El control del cólera y la disminución de la incidencia de la malaria(OPS 2001).

Aunque las resoluciones de este órgano no tienen carácter vinculante y con frecuencia no se identifican los recursos locales que serían movilizados para su implementación, la RESSCAD ha dado continuidad a las políticas de salud de la subregión a pesar de los cambios de gobierno y ha elevado varios temas de salud a las Cumbres Presidenciales (OPS 2001). Muchos acuerdos han sido de orden político sin vinculaciones claras a la operación de los servicios y fue una queja frecuente la ausencia de equipos nacionales y asignaciones presupuestarias que permitieran el seguimiento de los acuerdos suscritos, pero también debe

---

<sup>x</sup> En el marco de Fronteras Solidarias, los Ministros de Salud de Guatemala, El Salvador y Honduras firmaron un acuerdo fronterizo trinacional de salud por medio del cual se comprometen a apoyar el desarrollo y consolidación de los Sistemas Interfronterizos de Salud. Esta zona interfronteriza está integrada por 99 municipios, con una población de más de 1.5 millones de habitantes (SICA, 1996)

reconocerse que el control de varias enfermedades transmisibles no se hubiera logrado sin la acción coordinada o por lo menos simultánea de todos los países de la región. La RESSCAD fue un foro para coordinar estos esfuerzos.

En esta coyuntura también coincidió un importante financiamiento externo para programas verticales. Particularmente la Agencia Americana para el Desarrollo internacional (USAID) apoyó financieramente programas de sobre vivencia infantil y salud reproductiva. Esto *verticalizó* algunas intervenciones de los Ministerios de Salud durante las pasadas décadas. El flujo de apoyo financiero ha disminuido a estas áreas, pero es probable que en los próximos años la comunidad internacional apoye con igual o mayor intensidad intervenciones parapara el control y prevención de la tuberculosis, malaria y VIH/SIDA

La década de los noventa fue objeto de transformaciones importantes en la RESSCAD. Debe reconocerse que la globalización y la formación de bloques comerciales no tuvo el mismo efecto movilizador de recursos que tuvo el conflicto armado en las década de los ochenta, por lo que varias de las iniciativas y proyectos no contaron con el apoyo financiero internacional que se esperaba. Por otra parte, para mediados de los noventa muchos países habían contraído compromisos de préstamos para financiar reformas u otros proyectos de inversión en el sector salud. El nuevo papel adoptado por los Bancos en el sector salud cambió la coyuntura y los términos en se daban las negociaciones de los recursos de la cooperación. Los organismos donantes, por su parte, han tendido también a trabajar de manera bilateral, es decir con cada país, en lugar de multilateralmente o a través del apoyo de iniciativas subregionales (OPS 2001).

El 30 de marzo de 1995 en la XVI Cumbre realizada en El Salvador, los presidentes suscribieron el tratado de Integración Social Centroamericana, y en el marco del Subsistema de Integración Social se creó el Consejo de Integración Social, El Consejo de Ministros del Área Social y la Secretaría de Integración Social. Las instituciones centroamericanas ya existentes se incorporaron a estos mecanismos de integración. Así, el INCAP participa plenamente en las reuniones y actúa como delegado especialista; el Consejo Centroamericano de Instituciones de Seguridad Social (COCISS) es un organismo técnico ejecutivo subregional reconocido por el SICA; el Comité Coordinador Regional de Instituciones de Agua Potable y Saneamiento de Centroamérica, Panamá y República Dominicana (CAPRE) es un organismo jurídico de derecho público internacional adscrito al SICA; el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA) es un órgano del Sistema de Integración Centroamericana (SICA) responsable de la función rectora del sector salud, este se encuentra preparando junto con el Consejo de Integración Social, la propuesta para formalizar su incorporación a la institucionalidad de integración centroamericana. Finalmente, la RESSCAD fue albergada en el seno del SICA como un foro de consulta, deliberación, consenso y asesoría del sector salud. La propuesta es articular esta compleja institucionalidad centroamericana alrededor de una Agenda Centroamericana de Salud, a ser definida por el COMISCA (como órgano rector) y sometida al consenso de la RESSCAD (como instancia integradora) (ASDI 2000).

Durante las últimas reuniones de la RESSCAD se ha subrayado la necesidad de establecer vínculos regionales a través de la información. OPS ha apoyado la creación de la Red de Información y Comunicación de Salud en Centroamérica – INFOCOM- como base para otras iniciativas relacionadas con información y comunicación del sector salud. El desarrollo de la plataforma electrónica ha antecedido a la conformación de equipos nacionales, pero se espera que en los próximos años esta sea una herramienta central para la coordinación de las acciones de salud en el istmo.

La XVII RESSCAD (Agosto de 2001) aprobó la agenda de salud de Centroamérica y República Dominicana para los próximos 10 años. Esta cuenta con las siguientes líneas estratégicas:

- Reforma del sector salud
- Programa de inmunizaciones
- Agua, saneamiento y ambiente
- Disminución de la vulnerabilidad en casos de desastres
- Enfermedades emergentes y re emergentes
- Seguridad alimentaria y nutricional
- Violencia como problema de salud pública
- Síndrome de inmunodeficiencia adquirida

En cada una de ellas existen antecedentes de cooperación e intercambio de experiencias en la región. Para los próximos años se esperaría, sin embargo, que los acuerdos políticos tengan repercusiones más inmediatas en la operación de los servicios de salud. Un ejemplo de este esfuerzo en la iniciativa centroamericana para facilitar el acceso al tratamiento antirretroviral en la lucha contra el SIDA a través de una negociación conjunta de los productos farmacéuticos.

En los próximos años la agenda compartida de salud en Centroamérica se verá también influenciada por acuerdos y compromisos suscritos por los países de América Latina y el Caribe. En Septiembre de 2000, ciento cuarenta y siete jefes de Estado y de Gobierno adoptaron la Declaración del Milenio que agrupa y sintetiza los objetivos de desarrollo asumidos con anterioridad. Tres de los ocho objetivos tiene una estrecha vinculación con el sector salud:

- Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años
- Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes
- Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación de VIH/SIDA
- Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia de paludismo y otras enfermedades graves

En el año 2000 el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Banco Mundial y la Organización Panamericana de la Salud suscribieron un acuerdo para elaborar una “Agenda compartida para la salud en las Américas” sobre la base de tres líneas principales de acción: el apoyo al proceso de reforma del sector salud, incluidos los servicios de saneamiento básico; el fortalecimiento institucional de los programas de salud pública, y el afianzamiento del liderazgo de las autoridades sanitarias en todas las esferas de desarrollo que afectan la salud (OPS 2002). En la tercera cumbre de las Américas realizada en Québec, Canadá, el 20 y 21 de abril de 2001, se establecieron 4 áreas destacadas en el punto de salud del Plan de Acción: reformas sectoriales dirigidas a la equidad, el combate de enfermedades transmisibles, particularmente VIH/SIDA, la reducción de riesgos de enfermedades no transmisibles, y el mejoramiento de la conectividad y el intercambio de información (OPS 2002).

El éxito de la agenda de salud de Centroamérica para los próximos años dependerá de la identificación de áreas de intervención en donde el accionar coordinado de los países centroamericanos sea ineludible para alcanzar impactos demostrables. La extensión de los beneficios de los *bienes públicos puros*<sup>xi</sup> (como los nuevos descubrimientos y tecnologías) puede ser apoyada por agencias internacionales pero los *productos conjuntos* (como la vigilancia epidemiológica y la inmunización) deberán ser producto de la coordinación regional (Sandler, 2002).

Es un hecho que en salud el trabajo coordinado entre países es imprescindible por la movilidad a través de las fronteras de bienes, servicios, personas y vectores y por la ventajas que ofrece la negociación de propuestas como bloque de países. Los datos epidemiológicos presentado en este documento sugieren, además, una progresiva aproximación en la situación de salud de los países del istmo y en las respuestas sociales para enfrentar las demandas sanitarias. La presencia de un ente coordinador de las iniciativas centroamericanas de salud parece ahora más pertinente que nunca, pero el espacio de intervención y la agenda de trabajo del mismo deberán ser reconfigurada a la luz de los nuevos retos en salud y la reestructuración de la institucionalidad centroamericana.

---

<sup>xi</sup> No son exclusivos de un país y su uso no puede ser prohibido; su extensión a toda la población tiene un costo marginal de cero.

## Referencias

1. ASDI/Ministerio de Salud de Honduras (2000). *Documentos Oficiales Aprobados en la XVI RESSCAD*. Mimeografiado. Tegucigalpa, Honduras, Septiembre 2000.
2. Banco Mundial (1993). *Informe sobre el desarrollo mundial 1993: Invertir en Salud*. Washington DC, Julio 1993.
3. Barillas, Edgar y Ricardo Valladares (2002). *Condicionantes Socioeconómicos del Proceso Salud Enfermedad*. Documento de respaldo elaborado por GSD Consultores Asociados para el Informe de Desarrollo Humano 2002 de Guatemala. Guatemala, Abril 2002.
4. Caballeros R, Zapata Martí R (1999). *América Latina y el Caribe: El Impacto de los Desastres Naturales en el Desarrollo, 1992 –1999*. México DF. Comisión Económica para América Latina y El Caribe; 1999. (LC/Mex/L.402)
5. Castiglione, Marta Susana (1999). *Plaguicidas en Centroamérica: Análisis de la legislación y de los mecanismos de responsabilidad nacional e internacional –enfoque de género-* Serie de Informes Técnicos No. 70. Programa de Políticas Públicas y Salud. División de Salud y Desarrollo Humano. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC, Agosto, 1999.
6. CEPREDENAC. *Riesgos, Amenazas y Vulnerabilidad: La Ecuación del Desastre*. Centro de Coordinación para la Prevención de los Desastres Naturales en Centroamérica –CEPREDENAC-. Agosto, 2002 [http://www.cepredenac.org/02\\_regio/02\\_ries.htm](http://www.cepredenac.org/02_regio/02_ries.htm)
7. Espinoza Fernando, Jaime and C. Hernández Alvarez (2000), “*Productivity and Health Status in Nicaragua*”, in *Wealth from Health: Linking Social Investments to Earnings in Latin America*, ed. by William D. Savedoff and T. Paul Schultz (Washington: Inter-American Development Bank)
8. Flores, Walter (2000). *Health in the main cities of Central America: A comparative review of status and institutional responses*. ICAS Technical reports No. 6 San José, Costa Rica 2000.
9. Henao, S. Y Arbeláez, P. *Situación Epidemiológica de las Intoxicaciones Agudas por Plaguicidas en el Istmo Centroamericano*. OPS / OMS. San José, Costa Rica, Abril 2002.
10. Icaza, Julio (1997). *La Salud en los Procesos de Globalización en Integración en Centroamérica*. Serie de Informes Técnicos No. 59. Programa de Políticas Públicas y Salud. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC, Agosto 1997.
11. Kaplan, George (2000). *Economic Policy is Health Policy: Conclusions from the study of income inequality, socioeconomic status and health*. University of Michigan. August 7, 2000.

12. Liberatos P, BG Link y JL Kelsey (1998). *The Measurement of Social Class in Epidemiology*. In: *Epidemiologic Reviews*, 10, 87-121.
13. Marmot, Michael (2002). *The influence of income on health: Views of an epidemiologist*. *Health Affairs*, March/April, 2002
14. Ministerio de Salud de Nicaragua, OPS/OMS, ASDI (2001). *Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana – XVII – RESSCAD*. Managua, Nicaragua 29 y 30 de Agosto de 2001.
15. OPS (2002b). *Huracán Mitch: Honduras*. <http://www.disaster.info.desastres.net/saludca/desastresCR/mitch.html> (Consultado 30/Septiembre/2002)
16. OPS/OMS (1997). *La Cooperación de la Organización Panamericana de la Salud ante los Procesos de Reforma Sectorial*. Washington D.C.: OPS; 1997:13.
17. OPS/OMS (1998). *La Salud en las Américas*, Edición 1998. Volumen 1. Publicación Científica No. 569. Washington DC, 1998.
18. OPS/OMS (2000). *Boletín Epidemiológico*, Vol. 21 No.3, Septiembre 2000. [http://www.paho.org/Spanish/SHA/be\\_v21n3-SIDA.htm](http://www.paho.org/Spanish/SHA/be_v21n3-SIDA.htm)
19. OPS/OMS (2001a). *Vigilancia del SIDA en las Américas: Informe Bianual*. Mimeografiado. Washington, Diciembre 2001.
20. OPS/OMS (2001b). *Terremoto en El Salvador*. Informe de Situación, 14 de Enero 2001. <http://www.paho.org/Spanish/PED/EISalvador-14jan.htm>
21. OPS/OMS (2002). *La Salud en las Américas, Edición 2002*. Volumen I. Volumen I. Publicación Científica y Técnica No. 587. Washington DC, 2002
22. OPS/OMS (2002a). *Average Price of a One Year Treatment with Antiretrovirals in Countries of Latin America and the Caribbean*. Program on Human Immunodeficiency Virus / Acquired Immunodeficiency Syndrome and Sexually Transmitted Infections. June, 2002.
23. OPS/OMS (2002b). *Report from the Minister of Agriculture, Fisheries and Cooperatives*. <http://www.paho.org/English/PED/keith-agriculture.htm> (Consultado 10/ septiembre/ 2002)
24. OPS/OMS (2002c). *Análisis de las Reformas del Sector de la Salud en los Países de la Subregión de Centroamérica y la República Dominicana*. <http://americas.health-sector-reform.org/spanish/country.htm> Accesado 3 / Octubre/ 20023.
25. OPS/OMS– Ministerio de Salud Nicaragua (2001). *Salud e Historia en Centroamérica: Análisis de las Reuniones del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana 1985 – 2000*. Nicaragua, Julio 2001.
26. PAHO. *Dengue Epidemic in El Salvador and Honduras*. [http://www.paho.org/English/PED/dengue\\_Epidemic.htm](http://www.paho.org/English/PED/dengue_Epidemic.htm)
27. PASCA (1999). *Relación entre Poblaciones Móviles y VIH / SIDA en Centroamérica*. GSD Consultores Asociados. Guatemala, mayo de 1999.
28. Ramírez, Gladis (1995). *Seroprevalencia de Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en Trabajadoras del Sexo*. Tesis de Graduación de Médico y Cirujano. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos, Guatemala.



29. Sandler, T. And D. Arce. *A Conceptual Framework for Understanding Global and Transnational Goods for Health*. Commission on Macroeconomics and Health. CMH Working Paper Series. Paper No. WG2:1
30. Savedoff, William D., and Paul Schultz eds., (2000), *Wealth from Health: Linking Social Investments to Earnings in Latin America* (Washington: Inter-American Development Bank)
31. Secretaría de Salud de Honduras (2001). Departamento de Epidemiología. *Enfermedades de Notificación Obligatoria por Región de Salud* (). [www.secsalud/hn/boletines/epidemiologico/](http://www.secsalud/hn/boletines/epidemiologico/)
32. Secretaría de Salud de Honduras. Subsecretaría de Riesgos Poblacionales / Departamento de Epidemiología (2002). *Análisis de la Situación de Salud según Condiciones de Vida*. Honduras, 2002. [www.secsalud.hn/boletines/epidemiologico/asis.htm](http://www.secsalud.hn/boletines/epidemiologico/asis.htm) (Consultado 10/Septiembre/2002)
33. SICA (1996). *Fronteras Solidarias: Un Plan para el Desarrollo Integral para la Familia Centroamericana en Zonas Fronterizas*. Documento de la Secretaría General del SICA. Octubre de 1996.
34. USAID (United States Agency for International Development) (1994). *Informe técnico sobre el VIH SIDA en Guatemala*. Guatemala 1994.
35. WHO (2001). *Global DOTS Expansion Plan: Progress in Tuberculosis Control in High Burden Countries*. Geneva: WHO; 2001.
36. Wilkinson RG (1992). *Income distribution and life expectancy*. *British Medical Journal* 1992; 304: 165-168