

*En homenaje a Juan Martín Moreira (+),
auténtico salubrista, comprometido
con las causas justas de los más necesitados
y con la salud colectiva de América Latina*

Parte I
PROBLEMÁTICA

Capítulo I

Salud humana en América Latina y el Caribe: análisis desde una perspectiva ecosistémica

*Juan Martín Moreira (+)*¹, *Ana Rivière-Cinnamond*²,
*Mauricio Torres-Tovar*³, *Graça Hoefel*⁴, *Elisa Maria Amate*⁴

Introducción

La utilización del enfoque ecosistémico sobre la salud humana (llamado también Ecosalud) surgió en la región (América Latina y el Caribe) en las últimas décadas como consecuencia de la confluencia de varias corrientes de pensamiento en el ámbito sistémico-ambiental y de sistemas de salud (Forget y Lebel 2001; Waltner-Toews y Kay 2005; Charron 2012). A través de este enfoque, se han llevado a cabo en la región numerosas iniciativas y proyectos con el objetivo de abordar temas complejos de salud a nivel comunitario, cuya raíz del problema yace en otros sectores como agricultura, ambiente, vivienda o energía.

El enfoque Ecosalud aborda los determinantes sociales y ambientales de salud a través de un marco conceptual y metodológico basado en la teoría de la complejidad y fundamentado en seis pilares esenciales, tres de ellos metodológicos y los otros tres de objetivos. Respectivamente, estos hacen referencia (i) al pensamiento complejo y sistémico, implicando la obtención de un equilibrio entre factibilidad e inclusividad,

1 FUNSAD y COPEH-LAC, Nodo Andino.

2 OPS/OMS, Lima y COPEH-LAC, Nodo Andino.

3 ALAMES-PHM y COPEH-LAC, Nodo Andino.

4 DSC/UNB y COPEH-LAC, Nodo Brasil.

(ii) la transdisciplinariedad, fomentando el trabajo a través de otros sectores de forma que se genera un entendimiento común de la problemática abordada, (iii) la participación social, y no solo restringida a la comunitaria, (iv) la sostenibilidad a través de la apropiación de las alternativas generadas por la sociedad afectada, (v) la equidad tanto social como de género, y (vi) la traducción de conocimiento a acción a través de procesos iterativos de investigación-acción (Charron 2012).

El proceso en el que se fundamenta el enfoque está basado en cuatro etapas conceptualmente consecutivas pero que pueden traslaparse en el tiempo: (i) una primera etapa donde se realiza el diseño de investigación de forma participativa, identificando en otros elementos los sectores involucrados y disciplinas necesarias, (ii) una segunda etapa en la que se desarrolla conocimiento que representa el modo activo de fase de descubrimiento, (iii) una tercera etapa en la que se desarrollan, prueban, implementan y modifican según sea necesario las estrategias de intervención en base a los conocimientos y datos obtenidos en la fase anterior y la propia experiencia de implementación, y (iv) una cuarta etapa en la que se realiza una sistematización del conocimiento generado (Charron 2012).

El objetivo de este enfoque es permitir una lectura más completa y holística del problema de salud a nivel comunitario, a través de la generación de un conocimiento integral de las dinámicas existentes entre los ambientes biológicos, físicos y sociales con relación a la problemática de salud abordada. Ello permite la identificación de soluciones prácticas, aplicables, innovadoras, adaptadas a las comunidades, y que se sostienen en el tiempo. El abordaje de los determinantes sociales y ambientales de la salud a través del enfoque Ecosalud facilita y apoya la planificación, implementación y ejecución de proyectos de manera participativa, equitativa y sostenible en el tiempo.

No obstante, el reto existente en la región se refiere no sólo al escalamiento de estas actividades o proyectos a nivel comunitario para su empoderamiento, sino, y particularmente esencial, a la apropiación de este enfoque y metodologías a nivel de las autoridades locales, regionales e idealmente nacionales.

En definitiva, el reto radica en la alineación de las prioridades derivadas del empoderamiento comunitario con la gestión territorial par-

ticipativa a nivel gubernamental, en un proceso de vinculación entre los procesos comunitarios y políticos locales, para un escalamiento ordenado, representativo y sustentable. Razón que hace esencial abordar estos problemas con un enfoque ecosistémico sobre la salud humana que permita identificar las políticas públicas en diferentes sectores que tengan un impacto positivo en la reducción de riesgos para la salud humana.

En este sentido, este capítulo hace un análisis de la situación de salud de América Latina y El Caribe desde un enfoque ecosistémico para el abordaje de los determinantes de la salud, los cuales están asociados al modelo de desarrollo imperante. El análisis se concentra en los problemas de salud producto de las violencias, los procesos de urbanización, los cambios en los patrones de alimentación, la explotación de los recursos naturales y el tipo de políticas públicas implementadas por los gobiernos, estas últimas entendidas como parte de las principales causas generadoras del perfil epidemiológico de salud de la población de América Latina y el Caribe y sobre las cuales es necesario actuar a fin de modificarlas estructuralmente.

Modelo de desarrollo y contexto en la región

La región de América Latina y el Caribe actualmente enfrenta importantes retos relacionados con la elaboración, implementación y/o fortalecimiento de políticas públicas transectoriales que tengan en cuenta el impacto sobre la salud derivados de los procesos productivos y reproductivos que se dan en la región. Estas políticas han estado influidas ampliamente por los programas de ajuste estructural promovidos en la década de los ochentas por entidades financieras internacionales que favorecieron los procesos de privatización y desestructuración del Estado.

Estos retos, sumados a las flaquezas institucionales relativas a la gobernanza y rectoría del sector salud en la región, han propiciado la explotación de comunidades y la expoliación de recursos que han derivado en una degradación de los determinantes sociales y ambientales de la salud, conduciendo a una creciente movilización social y de procesos políticos institucionales. Estos movimientos buscan emancipar y recuperar la autonomía de la región, caracterizada por sus contrastes socia-

les, económicos, culturales, ambientales y políticos, haciendo de ella un continente extraordinario.

Contexto social

En el ámbito social en la región aún existen importantes retrasos y brechas en educación, salud, alimentación, acceso efectivo al agua potable, entre otros aspectos, que tienen un impacto negativo directo sobre la población.

Países como Belice, Haití y Guatemala continúan con índices de alfabetización por debajo del 70% de la población, que contrastan con países que tienen una alfabetización universal como Cuba, Argentina, Aruba y Trinidad y Tobago. Aunque de manera general se puede considerar que el acceso a la educación en la región ha mejorado, aún se sigue afrontando serios problemas en lo que respecta a su calidad y equidad económica, de género y étnica (UNESCO 2008).

Igualmente, persisten marcadas brechas en salud entre los países de la región y dentro de ellos. Indicadores sanitarios tradicionales como la mortalidad materna e infantil muestran estos contrastes: mientras Chile tiene 16 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos, Cuba 45 y Costa Rica 30; Haití tiene 670, Guyana 470, Bolivia y Guatemala tienen 290 (OPS 2009). Con relación a la tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos, mientras Haití tiene 57, Nicaragua 33, San Vicente y las Granadinas 26.2 y Perú 21; Cuba tiene 4.7, Costa Rica 10 y Chile 8.3 (OPS 2009).

El perfil epidemiológico de la región se caracteriza por la superposición de procesos de morbi-mortalidad por causas infecciosas y los producidos por causas no transmisibles, muy relacionado con las condiciones de vida y trabajo aun precarios en un porcentaje importante de la población de la región; algunos de ellos derivados del incremento de la presencia de la industria intensiva y extractiva sin el adecuado control en la región, contaminando aguas de ríos y napas freáticas, así como de sus suelos y del aire. Estos elementos contaminantes, sean químicos, biológicos o físicos, acabarán dentro de la cadena alimentaria, y paulatinamente contaminarán a los habitantes de la región.

Entre las enfermedades no transmisibles de tendencia crónica, sobresalen los problemas cardiovasculares y el cáncer, que se relacionan con el tipo de alimentación impuesto por las grandes multinacionales de alimentos, además de la ya mencionada exposición ambiental a sustancias químicas y la reducción de la actividad física. A ello se suma la presencia de enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes (rabia, dengue, malaria, tuberculosis, entre otras) debido, entre otras determinaciones, a la desestructuración de las políticas y programas de salud pública y a los efectos del cambio climático (CEPAL 2010). La evolución de dicho perfil epidemiológico indica que el gasto regional en atención a la enfermedad se irá incrementando de forma exponencial en el mediano y largo término (Bloom et al. 2011).

En cuanto a las políticas sanitarias, la región se debate entre las de corte neoliberal que han generado procesos de privatización de los sistemas de salud, aumentando tanto las inequidades sanitarias como los problemas de salud de la población; y las que impulsan, sostienen y desarrollan sistemas nacionales de salud de carácter público y universal con el objetivo de hacer realidad una verdadera garantía del derecho y acceso a la salud de las poblaciones (Torres-Tovar 2005).

Contexto económico

A pesar de la riqueza de la región, el patrón de redistribución es el más inequitativo en el mundo (CEPAL 2011). La desigualdad económica sigue siendo la más apremiante entre las regiones del planeta: en 2004 el consumo del quintil más pobre de la población (20%) sólo representaba el 2,7% del consumo nacional (UNESCO 2008); el 20% de la población más rica tiene en promedio un ingreso per cápita casi 20 veces superior al ingreso del 20% más pobre (ONU-HABITAT 2012).

Además de ser la región más inequitativa, también es la más urbanizada del planeta, donde un 80% de la población (468 millones de personas) reside en ciudades, y de éstas el 24% vive en tugurios (más de 111 millones de personas), teniendo problemas de acceso al agua y saneamiento (CEPAL 2011; ONU-HABITAT 2012).

Este proceso de urbanización genera grandes problemáticas en la población por la precarización de sus condiciones de vida, inseguridad e in-

crecimiento de las diversas formas de violencia (de género, familiares, laborales, sociales y políticas); así como un gran deterioro para el ecosistema.

Contexto cultural

En lo cultural, a pesar de las pérdidas de patrimonio cultural producto de la colonización y de las expoliaciones subsiguientes, la región sigue teniendo una enorme diversidad expresada, primero, por la presencia de un número comprendido entre 33 y 40 millones de indígenas, divididos en unos 400 grupos étnicos diferentes (Deruyttere 2001) y población afro descendiente que representan entre el 20 y 30 % de la población del continente (Cruces et al. 2012), y segundo, en comunidades que conservan sus lenguas, sus tradiciones, sus conocimientos y saberes y que hoy le proponen al mundo avanzar por un nuevo paradigma de desarrollo, el Sumak Kawsay o el Suma Qamaña, traducido como “el Buen Vivir” (Kowii 2011), que reconoce la importancia del equilibrio y respeto entre los seres humanos y de estos con la naturaleza, en contraste con el modelo capitalista de crecimiento.

Contexto ambiental

En lo ambiental la región cuenta con cinco de los diez países con mayor biodiversidad del mundo (Brasil, Colombia, Ecuador, México y Perú), así como con la región del Amazonas, la zona de mayor biodiversidad del planeta. Solamente América del Sur contiene más del 40% de la biodiversidad de la Tierra y más de una cuarta parte de sus bosques (Bovarnick et al. 2010). Esto conlleva que los intereses capitalistas estén centrados en esta región, generando un contexto socio-ambiental desfavorable al desarrollo local y comunitario debido a la falta o flaqueza de los marcos legales e institucionales. En consecuencia, a nivel regional se está fomentando una degradación ecosistémica que deriva en altos costos de vidas humanas y de otros seres vivos (Delgado 2010).

Contexto político

En lo político la región ha experimentado un proceso de transición al pasar de dictaduras militares a democracias formales, con recien-

tes expresiones de golpes de estado parlamentarios como los ocurridos en Honduras en el 2009, en Paraguay en el 2012, o en formas más sutiles de intentos de golpe de Estado, respaldados por las grandes corporaciones de la comunicación, como las ocurridas en Venezuela en el 2002 y en Ecuador en el 2010. Por otro lado, un conjunto de gobiernos nacionales de carácter progresista han venido impulsando en algunos países de la región políticas públicas democráticas y redistributivas, enfrentando las de corte neoliberal implementadas en todo el continente desde comienzos de los años 90 (Torres-Tovar y Paredes-Hernández 2005).

Este contexto de la región se explica de manera importante por el modelo de desarrollo imperante que tiene como base un proceso de acumulación acelerada, sin un real proceso de redistribución de la riqueza, a partir de la explotación y explotación de los recursos primarios presentes en la región y que favorecen principalmente a élites políticas y económicas de la región y de países extranjeros con gran injerencia en este continente. Contexto que genera y reproduce los determinantes del perfil de salud de la población de América Latina y el Caribe.

Las violencias

En la última década numerosos estudios referidos a manifestaciones de la violencia dirigida contra diversos grupos de la población (mujeres, niños, adolescentes, adultos mayores, trabajadores) y en el diversos contextos (familia, escuela, campo y ciudad) han ganado presencia en América Latina y el Caribe (Ribeiro 2011).

El concepto de violencia, definida por la Organización Mundial de la Salud como “la imposición de un grado significativo de dolor y sufrimiento evitables”, es el resultado de determinaciones sociales que se manifiestan como procesos históricos de desigualdad, las cuales “están configuradas por un conjunto más amplio de fuerzas económicas, sociales, normativas y políticas” (Tambellini y Schutz 2009).

La violencia siempre estuvo presente en el mundo, ocurriendo de varias formas y diferenciándose conforme la cultura en la cual está inserta (Minayo 1994). A pesar de la enorme precariedad de las estadísticas y conocimientos disponibles, muchos estudios consideran a América Latina como la región más violenta del planeta (Waiselfisz 2008).

Esta sección aborda las violencias como determinantes sociales de la salud, a partir de retomar los resultados de una revisión de literatura, con la finalidad de reflexionar sobre algunas formas de disminuir las inequidades en salud en la región.

Violencia y poblaciones vulnerables

Violencia y género

En América Latina y el Caribe, la violencia sobre la mujer afecta entre el 25 al 50% de esta población, siendo países como El Salvador, Guatemala y Colombia los que han ocupado los primeros lugares en el ranking del número de homicidios contra mujeres entre 2006 y 2010 (Waiselfisz 2012).

Varias son las formas de violencia contra la mujer sobre todo las existentes en el trabajo, que van desde la diferencia salarial hasta las agresiones física, psicológica, sexual y otros abusos derivados que ocurren en ese ámbito (da Rocha et al. 2000; Da Costa Martins y Carlos Alchieri 2011).

Sin embargo, es la violencia doméstica la mayor causante de heridas en mujeres, superando al estupro, asaltos y accidentes de tránsito juntos (Cassado et al. 2003). Este tipo de violencia va más allá de la salud de la mujer, de manera que la afectación del bienestar de sus hijos se ha convertido en el más común irrespeto a los derechos humanos. La violencia doméstica es practicada indiscriminadamente y con poca visibilidad por ocurrir normalmente en el ámbito privado de las relaciones entre personas que tienen algún vínculo afectivo, como el de marido o compañero. Esa forma de violencia afecta el desarrollo económico y social de las naciones, sea inmediatamente o a largo plazo (Day et al. 2003).

Adultos mayores

Mientras que a Europa le tomó cien años para envejecer, en los países latinoamericanos, en general, esto se dio en tres décadas, a partir de los años 70 del siglo XX (da Silva 2009), lo que se configuró como un proceso acelerado que dificultó que la sociedad y el Estado se aprovi-

sionara de manera que permita garantizar la protección social adecuada a esta población.

La violencia contra el adulto mayor se está convirtiendo en un problema de salud pública en América Latina. En Brasil, por ejemplo, el panel de indicadores del Sistema Único de Salud (SUS) en el año 2008 tuvo 625 notificaciones y de estas 55% eran por violencia moral, 27% por violencia psicológica y 22% por abandono físico.

Para enfrentar esta situación se han construido algunas políticas públicas en América Latina. En Brasil, la promulgación de una ley del adulto mayor no pasó de ser un mero marco simbólico; en Bolivia la nueva constitución contiene disposiciones detalladas sobre los adultos mayores, pero parece estar detenida por la falta de adhesión popular a las transformaciones implicadas; Uruguay, que es el país más envejecido de América Latina, se resiente con la falta de políticas nacionales dirigidas a los adultos mayores (Huenchuan y Paredes 2006).

Estos derechos están previstos en el continente americano a través del Protocolo de San Salvador de 1998, adicional a la Convención Americana de Derechos Humanos. Ese protocolo describe los derechos sociales, económicos y culturales para el adulto mayor (da Silva 2009). Por otra parte, la Carta de San José define los derechos de los adultos mayores en América Latina y el Caribe y es considerada un mecanismo de defensa de las dificultades de los adultos mayores así como de la violencia sufrida por ellos (CEPAL 2012).

Niños, niñas y adolescentes

Son innumerables las formas de violencia impuestas a los niños, niñas y adolescentes. Estas son difíciles de identificar y a menudo se vuelven invisibles en el sistema de salud, pero se sabe que afectan de forma perniciosa a la salud infantil. Por lo tanto es difícil señalar y dimensionar la violencia doméstica, los malos tratos infantiles, el abuso sexual, entre otras violencias. Al mismo tiempo, la morbilidad infanto-juvenil asociada a la violencia psicológica o física es un conocimiento en construcción en América Latina.

Por otro lado, sobre la violencia juvenil, muchas veces, se discute constituir nuevas formas de colectivización alternativa, propias de la ju-

ventud, lo que indica que las agencias tradicionales de socialización primaria como son la familia, la escuela y la propia sociedad ya parecen no corresponder a las demandas y necesidades de la juventud (Waiselfisz 2008).

La violencia contra el niño, niña y adolescente se expresa también, en la inserción precoz de esa población en el mercado laboral. Esa es una realidad alarmante donde millones de niños, niñas y adolescentes están trabajando en América Latina. Están en el trabajo informal, en régimen de semi esclavitud, y la mayoría de veces sin condiciones adecuadas de trabajo. El nivel de renta familiar es el factor determinante del ingreso en el mercado de trabajo, ya que las familias urbanas pobres ofrecen la mayor parte de la fuerza de trabajo infanto-juvenil (Assis 1994).

Una investigación realizada en un hospital de Medellín, en Colombia, entre 1987 y 1989, constató que 73.8% de los niños y niñas maltratados que acudieron a los servicios de salud pertenecían a familias viviendo con menos de un salario básico, juntándose en este contexto la violencia estructural y la doméstica (Agudelo 1989). En 2008 la Organización Internacional del Trabajo (OIT) estimó la existencia en el mundo de 246 millones de niños y niñas trabajando. De este total, uno de cada ocho estaba expuesto a las peores formas de trabajo infantil o infanto-juvenil, totalizando 179 millones de niños, niñas y adolescentes, de los cuales 59 millones debían ser retirados inmediatamente de sus lugares de trabajo (Ministerio da Saúde Brasil 2008). En el año siguiente se constató que países como Guatemala, Haití y Brasil ocupaban el primero, segundo y tercer lugar, respectivamente, en esa triste estadística (Conferência Nacional dos Bispos do Brasil 2009).

Trabajadores

En la década de los 70, la crisis económica en el mundo capitalista, significó un agotamiento del binomio fordismo-keynesianismo de regulación de mercado. La restructuración de la producción, la intensificación y la flexibilización de las relaciones laborales, el desempleo estructural, el debilitamiento del movimiento sindical, contribuyeron para la pérdida gradual de los derechos de los trabajadores y el debilitamiento de los sistemas de protección social. La violencia en el trabajo se intensificó en esas nuevas formas de organización del trabajo y se

constató un aumento del miedo asociado a la inseguridad en el trabajo (Hoefel 2002).

En 2008 hubo un agotamiento del modelo de crecimiento post-for-dista-neoliberal adoptado por el capitalismo en las tres últimas décadas. La crisis actual expone la crisis del neoliberalismo, en su interior, y profundiza nuevas formas de sobreexplotación de la fuerza de trabajo, todavía más destructivas, para recuperar sus tasas de ganancia (Abramides 2008). Esto ocasiona la internacionalización de la economía que se reorganiza en ese año frente al agotamiento del modelo de crecimiento adoptado por el capitalismo en las tres últimas décadas do siglo XX.

Un pasado de conflictos dejó herencias para la inseguridad actual, marcada principalmente por la desconfianza de las diferencias raciales y culturales (causa de las desigualdades sociales y económicas) resultando en exclusión social y negación de los derechos fundamentales, sentimiento que genera miedo en la sociedad.

La violencia física y psicológica en el local de trabajo ha alcanzado “niveles epidémicos” en muchos países industrializados. Un reporte elaborado en 2006 por la OIT mostró una tendencia ascendente de cambios en las relaciones de trabajo, marcadas por relaciones de prepotencia, asedio moral y sexual e intimidación de los trabajadores. Ese tipo de violencia está afectando al 10% de la fuerza de trabajo. En los países en desarrollo, las mujeres, los migrantes y los niños y niñas son más vulnerables al asedio y abuso sexual (Chappell y Di Martino 2006).

La violencia en el trabajo refleja el aspecto social de la desigualdad fuertemente influenciado por el capitalismo neoliberal, donde en medio de un proceso de industrialización tardía y de precarización laboral, las personas son forzadas a una relación de empleo precario, como ocurre en América Latina.

Violencia urbana

Para Gelinski Neto y da Silva, el exceso de violencia en América Latina proviene de la alta desigualdad en los ingresos, del pequeño contingente policial y de la baja tasa de encarcelamiento. En el caso de Brasil, la tasa nacional de homicidios es de 27 por cada cien mil habitantes, mucho mayor que en el Japón donde es de 1 por cien mil, Canadá

donde es de 2 por cien mil y EEUU donde es de 8 por cien mil. Luhnow y Hagerty (Luhnow y Hagerty 2010) señalan que solamente en México murieron aproximadamente 31.000 personas debido al narcotráfico en el período comprendido entre 2006 a 2010 (11.000 muertes solamente en este último año) (Alves y Escorel 2012; Neto y da Silva 2012) (Alves y Escorel 2012; Neto y da Silva 2012). Debido a la violencia ocasionada por las drogas se calcula que han dejado de invertirse 4 billones de dólares. Al comparar los datos de homicidios en los países de América Latina se encontró que la República Dominicana habrían contabilizados 498 homicidios (Waiselfisz 2008, WHO 2014). En el Observatorio Centro Americano sobre Violencia (ONCAVI), con base en datos de la policía del país, se registraron 2.354 homicidios al año, lo cual es casi 5 veces mayor que las estimaciones iniciales. Waiselfisz además explicita en su estudio que en 2008 el Salvador y Colombia ocuparon el primero y segundo lugar del ranking internacional de casos de homicidios.

Las muertes por accidentes de tránsito son otra forma de violencia urbana. Se observa que una serie de factores ligados o derivados de la fuerte concentración de los ingresos imperante en la región llaman la atención. Efectivamente, son ya históricas las tasas de concentración de los ingresos que imperan. A lo largo de las últimas décadas, América Latina presentó índices de Gini de alrededor de 0.5, mientras que en los países de altos ingresos este se encontraba en alrededor de 0.34 (Waiselfisz 2008).

Se observa que la exclusión, marginalización y desestructuración de elementos básicos de la sociedad como la familia, por ejemplo, y de la precarización de las relaciones de trabajo, que se refleja en la fragilidad de los mecanismos de inserción de jóvenes en el mercado de trabajo, así como de los adultos mayores y las mujeres, son base de las múltiples violencias presentes en América Latina.

Este panorama de la región evidencia que el miedo y la inseguridad repercuten en el medio social en forma de actitudes violentas que cuestan muy caro para la población y perpetúan un círculo vicioso de pobreza, desigualdad y exclusión.

Urbanización

La urbanización es un fenómeno global que tiene sus inicios en el siglo XIV con la revolución industrial asociada a la consolidación del modo capitalista de producción (Teixeira Caiaffa et al. 2008; Carrión 2010). Actualmente, y por primera vez en la historia de la humanidad, la mitad de la población mundial que representa a 3,3 billones de habitantes vive en una ciudad y se estima que para el 2030 esta proporción se incrementará a los tres tercios de la población mundial (United Nations 2008). En América Latina existen cuatro ciudades con más de 10 millones de habitantes y cuarenta y seis con más de 1 millón; Más del 75% de las ciudades tienen menos de 50 mil habitantes (Carrión 2010).

Este fenómeno, que podría ser comprendido como la posibilidad de acceso a mejores oportunidades, ha llegado a convertirse en un determinante para el surgimiento de efectos negativos en la salud de la población, debido a factores tales como la falta de cohesión social, precarias condiciones de vida y de trabajo y diferentes situaciones de inequidad (Teixeira Caiaffa et al. 2008).

Los efectos claramente observables van desde el surgimiento de epidemias de dengue o de fiebre amarilla en importantes metrópolis de la región (Van der Stuyft et al. 1999; Forshey et al. 2010), hasta el aumento ampliamente documentado en la incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles tales como diabetes, hipertensión y sus consecuentes efectos en la mortalidad y morbilidad por enfermedad coronaria y accidentes cerebro vasculares; pasando por todas las lesiones externas debidas a la inseguridad y a los accidentes de tránsito (Lozano et al. 2012).

Comprender el ecosistema urbano en América Latina, que puede además ser muy variable entre los diferentes países de la región, es un imperativo para la definición de políticas públicas que busquen, por una parte, reducir los riesgos, y por otra encontrar oportunidades para la promoción de la salud.

El dengue, como problema de salud trazador de las enfermedades transmisibles determinadas por la urbanización, se ha expandido muy rápidamente en la región. Los primeros brotes en la década de los ochenta del siglo pasado empezaron en Cuba, se extendieron a la región centroamericana y luego, esporádicamente, a los países andinos. Actual-

mente se documenta una transmisión importante en ciudades como Río de Janeiro, Asunción, Santa Cruz de la Sierra, Lima, Guayaquil, Caracas y otras (Forshey et al. 2010).

El riesgo biológico de este problema está determinado por la infestación del *Aedes aegypti*, mosquito transmisor de esta enfermedad cuya capacidad de adaptación a los ecosistemas urbanos es asombrosa y por la circulación de los diferentes tipos de virus, lo que a su vez determina la letalidad y la capacidad de control desde los servicios de salud.

Sin embargo, es más pertinente analizar el problema desde el punto de vista de las determinaciones sociales que están detrás de su emergencia y re-emergencia, tanto a nivel global como en América Latina. Una de éstas es la falta de acceso al agua para consumo doméstico, viéndose obligadas las familias a abastecerse con pequeños recipientes y a almacenarla en cisternas, tanques y otros recipientes de mediano tamaño que constituyen el hábitat ideal para la crianza del mosquito (UN-HABITAT y WHO 2010). Es tal la cantidad de potenciales criaderos de mosquitos en algunas ciudades que ninguna medida de control vectorial, ya sea con medios químicos o biológicos, logra ser completamente eficaz (Esu et al. 2010; Arunachalam et al. 2010).

El volumen del parque automotor y el manejo de desechos son causas que también contribuyen a este problema por la cantidad de llantas desechadas que se convierten fácilmente en criaderos de mosquitos al llenarse de agua después de la lluvia. Durante el año 2012, el Ministerio de Salud de Ecuador, en acción conjunta con el Ministerio de Ambiente y los gobiernos locales, logró identificar en tres ciudades de la costa un aproximado de 85.000 neumáticos usados que estaban acumulados en vertederos de basura, los cuales fueron recuperados para su ingreso a un proceso de reciclaje industrial y artesanal. Al igual que con el control químico o biológico es poco lo que se conoce sobre la eficacia de esta medida (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2013).

Mientras tanto las instituciones de salud han debido recurrir desesperadamente a divulgar propaganda para incentivar a las familias a realizar un adecuado manejo de desechos, así como para motivar a una limpieza más frecuente de patios e interiores de las casas. Sin embargo, poco se hace contra otras importantes determinaciones como son el ca-

lentamiento global, causante de desequilibrios ecológicos que alteran el ecosistema e influyen en la proliferación de mosquitos y la circulación viral (Lafferty 2009), y el debilitamiento de políticas y programas en salud pública, de las cuales se desearía que vayan más allá de tomar ciertas medidas para aminorar los daños, en lugar de intervenir de una manera adecuada sobre la estructura del ordenamiento territorial en las ciudades y en el establecimiento de acciones integrales de protección social para lograr una estrategia integral para el control de dengue (Tapia-Conyer et al. 2012).

Otro importante problema que aumenta a nivel global, especialmente en el ámbito urbano, son las enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión y la diabetes, las cuales están muy relacionadas con el desarrollo de sobrepeso y obesidad y la posibilidad de realizar actividad física (Ordúñez 2011). La expansión del parque automotor, la inseguridad en las calles, los imaginarios de modernidad, entre otros factores han hecho que en la gran mayoría de ciudades de América Latina quede cada vez menos espacio para el peatón o para el uso de la bicicleta como medio de transporte o de recreación. Se evidencia una clara reducción de espacios y plazas públicas y un aumento de urbanizaciones cerradas. En ciudades con un tamaño poblacional menor a los 300 mil habitantes se han emprendido proyectos para la construcción de intercambiadores viales pensados exclusivamente en la circulación de vehículos a motor, quitando espacio para los peatones y las bicicletas. En varias ciudades de mediano tamaño se construyen proyectos concebidos para facilitar el tráfico de vehículos a motor, los cuales tienen una geometría acorde con una autopista pero son implementados dentro de un entorno urbano: lo que en términos urbanísticos se conoce con el acrónimo de “STROAD”⁵, anulando, de esta manera, la posibilidad de circulación de peatones y bicicletas (ONU-HABITAT 2013).

5 STROAD: acrónimo de STREET y ROAD, se refiere a intervenciones urbanísticas con geometría de autopista (ROAD) pero insertas en un entorno de centro urbano (STREET), por ejemplo esquinas de aceras redondeadas para posibilitar a los vehículos motorizados realizar giros sin reducir la velocidad, las cuales se convierten en grandes obstáculos y riesgos para peatones y ciclistas.

Evidentemente este tipo de proyectos urbanísticos, no siempre justificados, tienen una gran aceptación social ya que son vistos como símbolos de modernidad y desarrollo y por lo tanto son muy atractivos para gobiernos locales que se mueven en el ámbito de mantener adecuados márgenes de popularidad. El problema es que son muy ineficientes y destruyen todo el tejido de relaciones sociales que deriva luego en problemas de violencia e inseguridad.

Como se puede inferir de los párrafos anteriores, el fenómeno de expansión urbana en América Latina determina la emergencia y re-emergencia de varios problemas de salud, pero su efecto no se limita únicamente a eso. Hay una serie de problemas ambientales que también se derivan del fenómeno de urbanización, tales como la contaminación por emisiones de derivados de petróleo, la contaminación por ruido y finalmente el calentamiento global, los cuales a su vez son también determinantes de los problemas de salud.

Otros efectos sociales derivados del proceso de urbanización son la especulación y distribución inequitativa de la tierra y la segregación espacial, que pone a la población más pobre, particularmente a aquella que ha emigrado del campo, en condiciones de mayor vulnerabilidad, por ejemplo por las limitaciones a servicios públicos básicos. Si por un lado se acepta que un proceso de urbanización, cuando se eliminan las inequidades, puede dar lugar a mejores oportunidades de desarrollo, acceso a servicios básicos, creando el espacio adecuado para la promoción de la salud; por otro lado, es necesario considerar que este modelo de desarrollo hegemónico olvida que en el ámbito rural muchas de las condiciones existentes son compatibles con una vida y un entorno más saludables, lo cual también obligaría a detener el acaparamiento de las tierras rurales por las grandes transnacionales agrícolas. Es por eso que el fenómeno de urbanización, que ya está presente, debe ser manejado y planificado con una mirada amplia que permita el acceso equitativo a la protección social, que abra el espacio para la cohesión social, y que actúe sobre los determinantes de las enfermedades emergentes, re-emergentes, las no transmisibles y sobre las lesiones derivadas de la violencia y la inseguridad.

Patrones de alimentación

La estrecha relación existente entre los sectores de agricultura, alimentación y salud se ha debatido en profundidad en la literatura. Las implicaciones de una cadena alimentaria cada vez más compleja, larga y globalizada han sido evidenciadas a través del concepto trazabilidad o “de la granja a la mesa” (“farm to table”), en cuanto a los impactos que tiene la agricultura y la alimentación en la salud pública (Barcos 2001).

Los sistemas productivos están bajo presión debido al incremento poblacional y consecuentemente por un alza en la demanda de alimentos. Entre 1992 y 2012 la población en la región de las Américas incrementó un 28%, de 746 a 954 millones (Organización de las Naciones Unidas 2012). Las estimaciones sugieren que como consecuencia de esta demanda de alimentos, la demanda global de carne y leche se incrementará en un 30% y 25% respectivamente (FAO 2002). Considerando que la región de las Américas es el principal productor de carne bovina y el segundo mayor productor de leche a nivel mundial (FAO 2006), esto conlleva importantes implicaciones a nivel del desarrollo de políticas públicas que favorezcan la redistribución, reduzcan inequidades y promuevan la salud.

Estas tendencias en la producción suelen estar asociadas a presiones sobre el ecosistema (como por ejemplo la deforestación y los cambios en los patrones de uso de las tierras), con contaminación ambiental (por ejemplo la gestión de los residuos de producción ganadera, contaminación de aguas y tierras), y los cambios en trabajo/empleo (por ejemplo la mejora tecnológica conlleva una migración urbana), sin dejar de mencionar los impactos hacia debajo de la cadena alimentaria a nivel del procesamiento de alimentos, comercialización, venta al por mayor o al detal.

Los peligros adicionales que acompañan al creciente proceso de globalización y la complejidad de la cadena alimentaria, donde los estándares de producción –si es que son conocidos– y de procesamiento de alimentos y técnicas de conservación pueden diferir entre países, podrían favorecer la entrada de sustancias contaminantes para la salud (desde pesticidas y residuos antibióticos hasta hormonas y metales, incluyendo los biológicos –virales, bacterianos y parasíticos– y los físicos) sin que sean detectados. No se debe olvidar que las nanotecnologías y los productos transgénicos están, por una parte, siendo adoptados -entrando

en la cadena alimentaria, cuyos efectos sobre la salud siguen siendo desconocidos-, y por otra parte, generando una dependencia con relación a las semillas, en detrimento de las soberanías nacionales, lo que ha sido combatido en la región a través de los diversos movimientos sociales por la soberanía y seguridad alimentaria. Es necesario mencionar que el actual modelo de desarrollo intensifica las formas de producción, transforma genéticamente las semillas y se apropia de ellas por vía de la propiedad intelectual, perpetuando los problemas de desnutrición en sectores de la población.

A pesar de que la globalización de la cadena alimentaria ha tenido implicaciones positivas en términos del incremento de variedad para los consumidores y mayor diversidad nutricional a menor precio, en los últimos años parece evidente que existe una importante correlación entre una cadena alimentaria globalizada con un incremento de la incidencia de enfermedades no transmisibles (otros factores influyentes y anteriormente mencionado son el incremento de la urbanización, los cambios de estilo de vida, y la degradación ambiental) (Nugent 2011). De esta manera en los últimos 20 años se ha evidenciado un incremento de 22% en la carga global de las enfermedades cardiovasculares, especialmente de la enfermedad isquémica del corazón y de los accidentes cerebrovasculares, estando la hipertensión, el consumo de tabaco y los hábitos dietéticos entre los principales factores de riesgo (Murray et al. 2012; Lim et al. 2012), y en la región de las Américas solamente, el peso de las enfermedades no transmisibles evaluada en DALYs (Disability-Adjusted Life Years) para hipertensión y diabetes mellitus representaría 4.129 y 1.059 millones de DALYs respectivamente para el año 2008 (WHO 2008). La globalización de la cadena alimentaria, de la mano con otras industrias estimuladoras de la intensificación del consumo, ha fomentado la aparición de cambios en los patrones alimentarios, llevando a desórdenes expresados en obesidad o anorexia.

Explotación intensificada de recursos naturales

La región de América Latina y el Caribe se caracteriza por una extracción intensiva de recursos naturales (CEPAL 2011). Esto hace refe-

rencia tanto a la explotación minera, como a la producción agrícola, o a la utilización de los recursos hídricos.

La explotación extractiva intensiva del sector minero genera riqueza a nivel del continente, no obstante, debido a un frágil marco regulatorio y fiscalizador este sector productivo es un importante contaminador de suelos, agua y aire. Existen evidencias referenciadas en la literatura comprueban niveles de contaminación de mercurio en ríos por extracción aurífera, como por ejemplo en Madre de Dios, Perú (Álvarez et al. 2011); o de plomo por actividades de fundición en La Oroya, Perú (CDC 2005), que suele estar asociado a contaminación por arsénico y cadmio. Estos son factores identificados como generadores de problemas en la salud a mediano y largo plazo como enfermedades cancerígenas y degenerativas del sistema nervioso debido a que se incorporan a diferentes niveles de la cadena alimentaria o bien se dispersan en el ambiente.

No solo los residuos industriales de las producciones extractivas pueden entrar a través del agua en la cadena alimentaria. También el uso continuo de inadecuados agro-insumos, particularmente pesticidas en explotaciones agrícolas se ha asociado a la aparición de diversos problemas en salud, como por ejemplo las enfermedades renales crónicas (Alavanja et al. 2004), debido no solo al contacto directo con el plaguicida, sino por su inclusión en la cadena alimentaria y la existencia de residuos de procesos industriales en el agua de ríos.

Como ha sido estipulado en la reciente publicación de la CEPAL, el “86% de las aguas residuales llega sin tratar a los ríos y océanos, proporción que en el Caribe llega al 90%” (CEPAL 2011). No obstante, cabe destacar que a este porcentaje se le añaden los residuos industriales, sobre los que se desconoce el porcentaje que, de la misma manera, es vertido sin tratar, agravando la problemática identificada anteriormente.

Estos marcados patrones de explotación de los recursos naturales, favorecidos por la falta o flaqueza de las políticas públicas en áreas como trabajo, economía, ambiente y salud, entre otros, han derivado en la reflexión sobre la insostenibilidad de los mismos, reflejándose en la aparición de movimientos sociales a nivel comunitario, con el objetivo de reivindicar los derechos de los habitantes.

Políticas públicas de salud en la región

Las políticas sociales y públicas entendidas como respuestas estatales para el enfrentamiento de necesidades sociales y demandas por derechos sociales, económicos, culturales y ambientales de grupos poblacionales, se constituyen en determinantes de la situación de salud, en tanto de un lado definen el carácter redistributivo de la riqueza en la sociedad y la configuración de sociedades equitativas o inequitativa, y de otro, su presencia o ausencia puede contribuir a resolver o agudizar problemas como los nutricionales, de saneamiento básico, ambientales, de seguridad y violencia, de atención sanitaria, entre otros.

La orientación de las políticas sociales y públicas en la región

Desde luego que las realidades y las condiciones específicas en cada país y subregión son diversas (Valdés Paz y Espina 2011), pero en términos de orientaciones de las políticas sociales y públicas se puedan identificar tendencias para hacer su análisis.

En América Latina y el Caribe se puede decir que se implementan de manera general dos tendencias de políticas sociales y públicas: una que asume la orientación impuesta por organismos financieros internacionales y corporaciones influyentes en la región, que han venido reduciendo el papel del Estado y dándole una mayor relevancia a los sectores privados en los asuntos sociales, impulsando políticas focalizadas (subsídios, transferencias condicionadas) en el marco de un modelo asistencialista (Fleury 1998); y otro que configura políticas más autónomas, que buscan la garantía de derechos de la población y el enfrentamiento de las inequidades sociales y sanitarias.

Ampliamente se discute sobre el impacto de estos tipos de políticas. Desde los sectores que defienden la focalización se plantea que hay impactos positivos en muchos países, que contribuyen a mejorar la calidad de vida (Valdés Paz y Espina 2011), pero que al ser comparadas con la otra tendencia de políticas de carácter universal se evidencia que éstas logran una mejor distribución de la riqueza y disminución de las inequidades que aquellas.

La experiencia obtenida en la región acerca de la implementación de políticas de carácter focalizado, evidencia una subordinación de las

políticas sociales y públicas a las políticas económicas, que han generado un discurso dominante y que bajo su orientación imponen el recorte de la financiación pública para educación, salud, vivienda, recreación, alimentación, bajo la tesis de que existen recursos escasos que demandan este tipo de políticas focalizadas.

En este sentido, las políticas sociales en la región se relacionan de manera fuerte con la posibilidad de acumulación de capital de corporaciones, como en el caso de las políticas alimentarias, que aunque impulsan programas de alimentación y nutrición, especialmente para la población escolar (Graziano da Silva et al. 2008), realmente no protegen la seguridad ni la soberanía alimentaria y, por el contrario, promueven el consumo de alimentos insalubres (comidas rápidas, alimentos transgénicos) que benefician a las multinacionales de estos productos y que impactan negativamente sobre la salud de la población al generar problemas de sobrepeso y muy probablemente procesos carcinogénicos; sin contribuir a resolver tampoco los problemas de desnutrición que siguen presentes en la región. Por esta razón desde los sectores sociales se demanda que los programas de asistencia alimentaria sean cambiados por una política de apoyo a la recuperación de la soberanía y seguridad alimentaria, acompañada con el intercambio justo y equitativo de recursos y productos alimenticios en los países de la región.

En el caso del sector de la salud, estas políticas promueven la privatización de la atención de la salud, en el marco de sistemas de aseguramiento individual, que favorecen a compañías privadas de aseguramiento en salud y desmontan la institucionalidad pública de seguridad social, generando un conjunto importante de barreras de acceso a la atención para la población (Laurell 2011).

Es también el caso de las políticas ambientales que estimulan la explotación intensiva de los recursos naturales de la región y que no controlan ni contienen la explotación que hacen las corporaciones minero-energéticas que devastan los territorios de cientos de comunidades. O de las políticas urbanas que no contienen la expansión desaforada de las ciudades, ni controlan el parque automotor, favoreciendo de esta manera a las corporaciones de la construcción y de la industria automotriz, a expensas de ampliar los cinturones de miseria de las poblaciones en

las ciudades, de un mayor deterioro ambiental y de aumentar la morbi-mortalidad producto de las violencias por inseguridad o por accidentes automovilísticos.

Desde luego, tales políticas sociales y públicas de carácter focalizado, no posibilitan superar las injusticias sociales manifestadas en desigualdades e inequidades sociales, ambientales y sanitarias en la región, y más bien, por el contrario, las perpetúan al no afectar sus causas estructurales, muy relacionadas con la distribución de las riquezas.

Las tendencias de las políticas y sistemas de salud en la región

En materia de salud, desde comienzos de la década de los noventa, un importante número de países de la región iniciaron reformas del sector salud (Infante et al. 2000), bajo la orientación y exigencias del Banco Mundial y del Fondo Monetario Internacional (Banco Mundial 1993). Pero, por otro lado, a comienzos de los años 2000, varios países iniciaron procesos de reformas en una dirección distinta a la propuesta por el Banco Mundial, producto de que sus gobiernos fueron asumidos por partidos de izquierda, (Torres-Tovar y Paredes-Hernández 2005).

Diversas investigaciones han evidenciado que luego de grandes inversiones para diseñar y poner en marcha las reformas neoliberales en salud, los sistemas de salud de América Latina no se han vuelto más equitativos, ni más eficientes, ni de mejor calidad, ni han superado la fragmentación y segmentación (Homedes y Ugalde 2011; Torres-Tovar y Paredes-Hernández 2005). Tales reformas, tampoco han respondido a los valores ni a la capacidad técnica de las instituciones que las tienen que poner en práctica; y las pruebas acumuladas muestran que el modelo neoliberal no ha sido capaz de solucionar los problemas del sector de la salud (Homedes y Ugalde 2011).

Por el lado del otro tipo de reformas, se ha observado un avance en el desarrollo de sistemas de salud con base en la estrategia de atención primaria en salud que han logrado romper barreras de acceso de carácter económico, geográfico y administrativo y han mejorado la respuesta a las necesidades de atención en salud de las poblaciones de estos países, en una perspectiva equitativa (Armada 2005; Laurell 2005; Márquez et al. 2005; Fernández y Curto 2005; Fein y Ferrandini 2005; Hernández et al. 2005).

Pero, de manera conjunta, estas políticas en salud –más especialmente las de carácter neoliberal–, han hecho pocos esfuerzos para ir más allá de la atención a la enfermedad, debido a la ausencia de un enfoque de determinación social y ecosistémico, que posibilite abordar el tema de la salud de una manera más compleja e integral, que tenga en cuenta las condiciones en que vive y trabaja la gente y su dinámica ambiental. En tanto las políticas públicas de salud busquen atender principalmente la enfermedad y no sus causas estructurales, los impactos de dichas políticas sobre la salud y el bienestar de la población continuarán siendo muy limitados.

En general se puede decir que las respuestas sociales en la región, en su gran mayoría, reflejan las dificultades de financiamiento y gestión para dar cobertura a las necesidades de salud. Como lo menciona Arriagada y colegas, la desigualdad en la atención de salud está dada no solo por carencias de accesibilidad sociocultural y geográfica, sino principalmente por desigualdades de ingreso, que generan condiciones de vida insuficientes para prevenir y satisfacer las necesidades de salud de la población (Arriagada et al. 2005).

Como se observa, las dos últimas décadas han llevado a los países de la región a debatirse entre las políticas públicas neoliberales en salud que han generado procesos de privatización de los sistemas de salud, aumento tanto de las inequidades sanitarias como de los problemas de salud de las poblaciones; con políticas públicas de salud que impulsan, sostienen y desarrollan sistemas nacionales de salud de carácter público y universal, que han mejorado la garantía del derecho a la salud de las poblaciones y sus condiciones de vida y salud (Torres-Tovar 2005).

Los desafíos de las políticas

Como lo expresa Sonia Fleury, las reformas sociales de carácter liberal redujeron el papel de las políticas sociales a la focalización en el modelo asistencial y tuvieron como consecuencias la individualización de los riesgos y de la pobreza misma, llevando a la eliminación de los mecanismos corporativos de política social, basados en la solidaridad laboral, creando un sistema dual, con base en la competencia en el mercado y a la individualización de riesgos y a la atención a los pobres por

parte del Estado, ONGs y voluntariado; por lo que estas políticas no han garantizado derechos sociales inherentes a la condición de ciudadanía, ni posibilidades de autonomía e inserción en la comunidad política (Fleury 2007).

En este sentido, América Latina y el Caribe tienen importantes desafíos para superar la marginalidad, la pobreza y la inequidad social y sanitaria (Valdés Paz y Espina 2011), y los resultados de sus intervenciones dependerán en gran medida de la reorientación de las políticas sociales y públicas que implementen los estados de la región, que superen el asistencialismo y la focalización, y avancen hacia una real redistribución de la riqueza, teniendo en cuenta el necesario equilibrio con los recursos de la naturaleza, nueva situación que será posible alcanzar dependiendo de la conciencia de sus gobernantes, y de su capacidad de negociación con otros estados y corporaciones multinacionales, pero muy especialmente de la presión que ejerza la movilización social para que se implementen políticas que incorporen un enfoque de determinación social, ecosistémico y de equidad en su diseño e implementación.

Referencias

- Abramides, M.B.C., 2008. A violência do capital no mundo do trabalho. *PUCviva*, (33), pp. 6-10.
- Agudelo, S., 1989. *Violencia y/o Salud: Elementos Preliminares para Pensarlas y Actuar*. Washington, DC.
- Alavanja, M.C.R., Hoppin, J.A. y Kamel, F., 2004. Health effects of chronic pesticide exposure: cancer and neurotoxicity. *Annual review of public health*, 25, pp. 155-97.
- Álvarez, J. et al., 2011. *Minería aurífera en Madre de Dios y contaminación con mercurio: una bomba de tiempo* 1st ed., Lima: Editorial Super Grafica.
- Alves, H. y Escorel, S., 2012. Massa marginal na America Latina: mudanças na conceituação e enfrentamento da pobreza 40 anos após uma teoria. *Revista de Saude Coletiva*, 22 (1), pp. 99-117.
- Armada, F., 2005. Logros del programa de salud de la República Bolivariana de Venezuela. En J. Breilh, ed. *Informe alternativo sobre la salud en América Latina: Observatorio Latinoamericano de Salud*. Quito: CEAS, pp. 193-199.
- Arriagada, I., Aranda, V. y Miranda, F., 2005. *Políticas y programas de salud en América Latina. Problemas y propuestas* 1st ed., Santiago: CEPAL.

- Arunachalam, N. et al., 2010. Eco-bio-social determinants of dengue vector breeding: a multicountry study in urban and periurban Asia. *Bulletin of the World Health Organization*, 88 (3), pp. 173-84.
- Assis, S.G. De, 1994. Crianças e Adolescentes Violentados: Passado, Presente e Perspectivas para o Futuro. *Cad. Saúde Pública*, 10 (supl. 1), pp. 126-134.
- Banco Mundial, 1993. *El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo: una agenda para la reforma*, Washington, D.C.
- Barcos, L.O., 2001. Recent developments in animal identification and the traceability of animal products in international trade. *Revue Scientifique et Technique (OIE)*, 20 (2), pp. 640-651.
- Bloom, D.E. et al., 2011. *The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases*, Ginebra.
- Bovarnick, A., Alpizar, F. y Schnell, C., 2010. *La importancia de la biodiversidad y los ecosistemas para el crecimiento económico y la equidad en América Latina y el Caribe: una valoración económica de los ecosistemas*.
- Carrión, F., 2010. La brecha urbana: ciudades en expansión. En *Segundo Encuentro Recuperando la primera centralidad de la ciudad. Buenas prácticas y nuevos desafíos en la regeneración de las ciudades en Iberoamérica*. San Salvador.
- Cassado, D. da C., Gallo, A.E. y de Albuquerque, L.C., 2003. Transtorno de Estresse Pós-Traumático em mulheres vítimas de violência doméstica: um estudo piloto 1. *Revista de Psicologia da UNESP*, 2 (1), pp. 101-110.
- CDC, 2005. *Desarrollo de un Plan de Intervención Integral para Reducir la Exposición al Plomo y otros Contaminantes en el Centro Minero de La Oroya, Perú*, Atlanta.
- CEPAL, 2012. Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe. 2012, pp. 1-20.
- CEPAL, 2011. *La sostenibilidad del desarrollo a 20 años de la Cumbre de la Tierra: Avances, brechas y lineamientos estratégicos para América Latina y el Caribe*, Santiago.
- CEPAL, 2010. *Población y salud en América Latina y el Caribe: retos pendientes y nuevos desafíos*, Santiago.
- Chappell, D. y Di Martino, V., 2006. *Violence at work* 3rd ed., Geneva: International Labor Office.
- Charron, D.F., 2012. *Ecohealth Research in Practice: Innovative Applications of an Ecosystem Approach to Health* 1st ed. D. F. Charron, ed., New York: Springer.
- Conferência Nacional dos Bispos do Brasil, 2009. *CAMPANHA DA FRATERNIDADE 2009 CNBB*, Brasília. Available at: http://pjmp.org/subsidios_arquivos/cnbb/cf2009_texto_base.pdf.
- Da Costa Martins, A.M. y Carlos Alchieri, J., 2011. Descripción de las alteraciones neuropsicológicas en mujeres víctimas de la violencia doméstica. En *Interpsiquis 2011: 12o Congreso Virtual de Psiquiatría y Neurociencias*.
- Cruces, C., Domench, G. y Pinto, F., 2012. *Visibilidad estadística. Datos sobre población afrodescendiente en censos y encuestas de hogares de América Latina*.

- Day, V.P. et al., 2003. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. *R. Psiquiatr. RS*, 25 (suplemento 1), pp. 9-21.
- Delgado, C., 2010. La gran minería en América Latina, impactos e implicaciones. *Acta Sociológica*, (54), pp. 17-47.
- Deruyttere, A., 2001. Nativos en los números. *BID América*.
- Esu, E. et al., 2010. Effectiveness of peridomestic space spraying with insecticide on dengue transmission; systematic review. *Tropical medicine & international health: TM & IH*, 15 (5), pp. 619-31.
- FAO, 2006. FAOSTAT Classic.
- FAO, 2002. *Protein sources for the animal feed industry. Expert consultation and workshop*.
- Fein, M. y Ferrandini, D., 2005. Equidad real en la oferta de un servicio público de la salud. En J. Breilh, ed. *Informe alternativo sobre la salud en América Latina: Observatorio Latinoamericano de Salud*. Quito: CEAS, pp. 220-225.
- Fernández, M. y Curto, S., 2005. Uruguay: participación en salud y el papel de la epidemiología. En J. Breilh, ed. *Informe alternativo sobre la salud en América Latina: Observatorio Latinoamericano de Salud*. Quito: CEAS, pp. 214-219.
- Fleury, S., 2007. Los patrones de exclusión e inclusión social. En F. Calderón, ed. *Ciudadanía y Desarrollo Humano. Cuaderno de Gobernabilidad Democrática*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores. S.A.
- Fleury, S., 1998. *Política social, exclusión y equidad en América Latina en los años noventa*, Buenos Aires.
- Forget, G. y Lebel, J., 2001. An ecosystem approach to human health. *International journal of occupational and environmental health*, 7 (2 Suppl), pp. S3-38.
- Forshey, B.M. et al., 2010. Arboviral etiologies of acute febrile illnesses in Western South America, 2000-2007. *PLoS neglected tropical diseases*, 4 (8), p. e787.
- Graziano da Silva, J., Ortega, J. y Faiguenbaum, S., 2008. Estrategias de desarrollo, políticas públicas y seguridad alimentaria en América Latina y el Caribe.
- Hernández, M., Forero, L. y Torres, M., 2005. Avances en salud del gobierno democrático de la alcaldía de Bogotá. En J. Breilh, ed. *Informe alternativo sobre la salud en América Latina: Observatorio Latinoamericano de Salud*. Quito: CEAS, pp. 226-240.
- Hoefel, M., 2002. *Saude, enfermidade e trabalho: síndrome do sobrevivente*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Homedes, N. y Ugalde, A., 2011. Reformas de salud y equidad en América Latina. *Ciencia & Saude Coletiva*, 16 (6), pp. 2690-2692.
- Huenchuan, S. y Paredes, M., 2006. *Escenarios futuros en políticas de vejez en Uruguay: continuidades y rupturas* 1st ed., Montevideo.
- Infante, A., de la Mata, I. y López-Acuña, D., 2000. [Reform of health systems in Latin America and the Caribbean: situation and trends]. *Revista panamericana de salud pública = Pan American journal of public health*, 8 (1-2), pp. 13-20.
- Kowii, A., 2011. El Sumak Kawsay. *Aportes Andinos*, (28).

- Lafferty, K.D., 2009. The ecology of climate change and infectious diseases. *Ecology*, 90 (4), pp. 888-900.
- Laurell, A.C., 2011. Dos décadas de reformas de salud: una evaluación crítica. En *Séptimo Congreso de Salud Pública*. Medellín: Universidad de Antioquia, pp. 0-29. Available at: www.fnsp.udea.edu.co.
- Laurell, A.C., 2005. La política de salud del gobierno de la ciudad de México. En J. Breilh, ed. *Informe alternativo sobre la salud en América Latina: Observatorio Latinoamericano de Salud*. Quito: CEAS, pp. 200-205.
- Lim, S.S. et al., 2012. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 380 (9859), pp. 2224-2260. Available at: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673612617668>.
- Lozano, R. et al., 2012. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 380 (9859), pp. 2095-2128.
- Luhnow, D. y Hagerty, J., 2010. The Wall Street Journal. *Violência leva empresas a rever planos para o México*. Available at: <http://br.wsj.com/articles/SB129254707384867685?tesla=y> [Accessed December 30, 2015].
- Márquez, M., Rojas, F. y López, C., 2005. La salud en Cuba: Un pueblo rompe el cerco del imperio. En J. Breilh, ed. *Informe alternativo sobre la salud en América Latina: Observatorio Latinoamericano de Salud*. Quito: CEAS, pp. 206-213.
- Minayo, M., 1994. Violência social sob a perspectiva da Saúde Pública. *Cad. Saúde Pública*, 10 (1), pp. 7-18.
- Ministerio da Saúde Brasil, 2008. Tematico prevenção de violência e cultura de paz II.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013. Artesanos de Cuenca son beneficiados con plan nacional de movilización de neumáticos usados. Available at: <http://www.salud.gob.ec/tag/plan-de-movilizacion-de-neumaticos-usados/> [Accessed June 27, 2013].
- Murray, C.J.L. et al., 2012. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 380 (9859), pp. 2197-223. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23245608> [Accessed May 29, 2013].
- Neto, F.G. y da Silva, J.E.P., 2012. Prevenção e o controle da violência e criminalidade: programas exitosos. In *VI encontro de economia catarinense: Inovacao e desenvolvimento*. Univille: APEC-UNESC.
- Nugent, R., 2011. *Bringing Agriculture to the Table: how agriculture and food can play a role in preventing chronic disease*, Chicago.
- ONU-HABITAT, 2012. *Estado de las ciudades de América Latina y El Caribe 2012: rumbo a una nueva transición urbana*, Brasilia.

- ONU-HABITAT, 2013. *Planificación y diseño de una movilidad urbana sostenible: orientaciones para políticas: informe mundial sobre asentamientos humanos 2013* 1st ed., New York.
- OPS, 2009. *Indicadores básicos de salud de las Américas*, Washington, D.C.
- Ordúñez, P., 2011. Cardiovascular health in the Americas: facts, priorities and the UN high-level meeting on non-communicable diseases. *MEDICC review*, 13 (4), pp. 6-10. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22143601> [Accessed June 4, 2012].
- Organización de las Naciones Unidas, 2012. *World Population Prospects 2010*,
- Ribeiro, C.G., 2011. *Representações sociais da violência doméstica: Qualidade de vida e resiliência em mulheres vítimas e não-vítimas*. Universidade Federal da Paraíba e Rio Grande do Norte, João Pessoa-PB.
- da Rocha, C.R. et al., 2000. A enfermagem e a saúde da mulher: questões de gênero e sociopolíticas. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 4 (1), pp. 105-114.
- da Silva, A.C. de A., 2009. Veias, rugas e caminhos abertos: o direito do idoso na América Latina e os exemplos de Brasil e Bolívia. *Estud. interdiscipl. envelhec*, 14 (2), pp. 265-280.
- Van der Stuyft, P. et al., 1999. Urbanisation of yellow fever in Santa Cruz, Bolivia. *Lancet*, 353 (9164), pp. 1558-62.
- Tambellini, A.T. y Schutz, G.E., 2009. Contribuição para o debate do Cebes sobre a “Determinação Social da Saúde”: repensando processos sociais, determinações e determinantes da saúde. *Saúde em Debate*, 33 (83), pp. 371-9.
- Tapia-Conyer, R., Betancourt-Cravioto, M. y Méndez-Galván, J., 2012. Dengue: an escalating public health problem in Latin America. *Paediatrics and international child health*, 32 Suppl 1, pp. 14-7.
- Teixeira Caiaffa, W. et al., 2008. Saúde urbana: “a cidade é uma estranha senhora, que hoje sorri e amanhã te devora.” *Ciencia & Saude Coletiva*, 13 (6), pp. 1785-1796.
- Torres-Tovar, M., 2005. América Latina: entre la oscuridad y la esperanza sanitaria. *Le Monde Diplomatique*.
- Torres-Tovar, M. y Paredes-Hernández, N., 2005. *Derecho a la salud: Situación en países de América Latina*,
- UNESCO, 2008. *Informe de Seguimiento de la Educación Para Todos en el Mundo. Panorama Regional América Latina y el Caribe*,
- UN-HABITAT y WHO, 2010. *Hidden Cities: unmasking and overcoming health inequities in urban settings.*, Ginebra.
- United Nations, 2008. *World Urbanization Prospects: The 2007 revision.*, New York: United Nations.
- Valdés Paz, J. y Espina, M., 2011. *América Latina y el Caribe: La política social en el nuevo contexto. Enfoques y experiencias* 1st ed. J. Valdés Paz y M. Espina, eds., Montevideo: UNESCO.

- Waiselfisz, J., 2012. *Mapa da violencia 2012. Actualizacao: Homicidio de mulheres no Brasil*,
- Waiselfisz, J., 2008. *Mapa da violencia: Os Jovens da America Latina*, Brasilia DF.
- Waltner-Toews, D. y Kay, J., 2005. The Evolution of an Ecosystem Approach: the Diamond Schematic and an Adaptive Methodology for Ecosystem Sustainability and Health. *Ecology and Society*, 10 (1).
- WHO, 2008. *Global Health Observatory Data Repository*, Geneva.
- WHO, 2014. *WHO methods and data sources for country - level causes of death 2000-2012*, Geneva. Available at: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalCOD_method_2000_2012.pdf?ua=1.