

SALUD EN LAS **AMÉRICAS**

*Mortalidad prematura
potencialmente evitable*

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
ORICINA REGIONAL PARA LAS
Américas

SHE IS FULL OF FIRE

Salud en las Américas

Mortalidad prematura
potencialmente evitable

Washington, D.C., 2024

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Salud en las Américas. Mortalidad prematura potencialmente evitable

ISBN: 978-92-75-32793-7 (PDF)

ISBN: 978-92-75-32794-4 (versión impresa)

© Organización Panamericana de la Salud, 2024

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Organizaciones intergubernamentales de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO)..



Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra con fines no comerciales, siempre que se utilice la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons y se cite correctamente, como se indica más abajo. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) respalda una organización, producto o servicio específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OPS.

Adaptaciones: si se hace una adaptación de la obra, debe añadirse, junto con la forma de cita propuesta, la siguiente nota de descargo: “Esta publicación es una adaptación de una obra original de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Las opiniones expresadas en esta adaptación son responsabilidad exclusiva de los autores y no representan necesariamente los criterios de la OPS”.

Traducciones: si se hace una traducción de la obra, debe añadirse, junto con la forma de cita propuesta, la siguiente nota de descargo: “La presente traducción no es obra de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La OPS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción”.

Cita propuesta: Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas. Mortalidad prematura potencialmente evitable. Washington, D.C.: OPS; 2024. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275327937>.

Datos de catalogación: pueden consultarse en <http://iris.paho.org>.

Ventas, derechos y licencias: para adquirir publicaciones de la OPS, diríjase a sales@paho.org. Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase www.paho.org/es/publicaciones/permisos-licencias.

Materiales de terceros: si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros, como cuadros, figuras o imágenes, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

Notas de descargo generales: las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OPS, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OPS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OPS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación. No obstante, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OPS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

EIH/HA/2024

Diseño: Prographics

Fotografía de cubierta: © OPS

Índice

Prólogo	ix
Agradecimientos	xi
Abreviaciones	xiii
Acerca de <i>Salud en las Américas</i>	xiv
Resumen	xv
Introducción	1
1. Mortalidad prematura potencialmente evitable: ¿qué es y por qué es pertinente para analizar el desempeño de los sistemas de salud?	5
El desempeño de los sistemas de salud y la mortalidad prematura potencialmente evitable	5
La mortalidad prematura potencialmente evitable como parámetro de medición.....	7
Breve reseña de las experiencias de la Región de las Américas.....	8
Enfoque metodológico de la mortalidad evitable utilizado en <i>Salud en las Américas</i> en el período 2000-2019	10
2. Magnitud, distribución y tendencias de la mortalidad prematura potencialmente evitable en la Región de las Américas	15
Mortalidad prematura potencialmente evitable: magnitud y tendencias	16
Mortalidad prematura por causas potencialmente prevenibles a lo largo del curso de vida.....	23
Mortalidad prematura potencialmente evitable por subregión	25
3. Las desigualdades sociales en la mortalidad prematura potencialmente evitable	35
Medición de las desigualdades sociales en la mortalidad prematura potencialmente evitable	37
Estado actual de la desigualdad en la mortalidad prematura potencialmente evitable.....	39
Tendencias de la desigualdad en la mortalidad prematura potencialmente evitable.....	40
Desigualdades en la mortalidad prematura potencialmente evitable relacionadas con causas específicas.....	43
Desigualdades en la mortalidad prematura potencialmente evitable relacionadas con el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3	47

4. La mortalidad prematura potencialmente evitable y las metas de salud de los Objetivos de Desarrollo Sostenible	53
Mortalidad materna evitable	55
Mortalidad neonatal evitable.....	60
Mortalidad prematura potencialmente evitable por enfermedades no transmisibles.....	65
Desafíos para el 2030	71
5. La mortalidad prematura potencialmente evitable y los sistemas de salud	73
Avances hacia la salud universal y su relación con la mortalidad prematura potencialmente evitable	74
Estrategias para fortalecer los sistemas de salud	79
6. La mortalidad prematura potencialmente evitable en el contexto de los desastres y las emergencias de salud	96
Estado de la capacidad de respuesta.....	99
Población en riesgo	99
Un escenario de múltiples amenazas: la COVID-19 y los desastres.....	100
La emergencia causada por la COVID-19	102
Impacto negativo de la pandemia de COVID-19	104
7. Perspectivas de la reducción de la mortalidad prematura potencialmente evitable para el 2030	108
Referencias	132
Anexos	141
Anexo 1. Causas de muerte incluidas como mortalidad prematura potencialmente evitable.....	141
Anexo 2. Tasas promedio de mortalidad prematura potencialmente evitable y su desigualdad absoluta y relativa en el gradiente de desarrollo sostenible entre los países, por sexo, grupo etario, tipo de causa prevenible y año	152
Anexo 3. Tasas promedio de mortalidad prematura potencialmente evitable, prevenible y tratable, y sus desigualdades absolutas y relativas en el gradiente de desarrollo sostenible entre los países, por sexo y año	155
Anexo 4. Tasas promedio de mortalidad prematura potencialmente evitable, prevenible y tratable, y sus desigualdades absolutas y relativas en el gradiente de desarrollo sostenible entre los países, por sexo, año y grupo de población económicamente activa y económicamente inactiva.....	156

Figuras

1.	Modelo conceptual de los determinantes sociales de la mortalidad prematura potencialmente evitable	6
2.	Cambio en la mortalidad prematura potencialmente evitable: en general, por causas no transmisibles, por traumatismos y por causas transmisibles, Región de las Américas	12
3.	Proporción de mortalidad prematura potencialmente evitable en el total de muertes, Región de las Américas, 2000 y 2019.....	17
4.	Proporción de muertes prematuras potencialmente evitables en la mortalidad general, por sexo, Región de las Américas, 2019	17
5.	Tendencias de la mortalidad evitable por grupo del estudio de la carga mundial de enfermedad, Región de las Américas, 2000-2019.....	20
6.	Gradientes económicos, sociales y ambientales de los países, según los quintiles del producto interno bruto promedio per cápita, el promedio de años de escolaridad cumplidos y la cobertura de acceso a servicios de saneamiento básico, respectivamente, Región de las Américas, 2000 y 2019	37
7.	Tendencias de la tasa promedio de mortalidad prematura potencialmente evitable, su desigualdad absoluta y su desigualdad relativa en el gradiente de desarrollo sostenible entre los países ($n = 33$), Región de las Américas, 2000-2019	42
8.	Desglose de la desigualdad absoluta regional en la mortalidad prematura potencialmente evitable por causas prevenibles y tratables por sexo, Región de las Américas, 2000, 2009 y 2019.....	44
9.	Desglose de la desigualdad absoluta regional en la mortalidad prematura potencialmente evitable por causas prevenibles y tratables, y por grupo de población económicamente activa e inactiva, Región de las Américas, 2000, 2009 y 2019	45
10.	Desigualdades en la mortalidad prematura potencialmente evitable relacionada con el ODS 3, según el quintil de desarrollo sostenible entre los países ($n = 33$) (gráficos de tipo equiplot ponderado), Región de las Américas, 2000, 2009 y 2019	50
11.	Principales causas de muerte prevenible en mujeres de 15 a 49 años, Región de las Américas, 2000-2019	56
12.	Distribución de la razón de mortalidad materna, Región de las Américas, 2000-2017	57
13.	Proporción de muertes neonatales en relación con las muertes en menores de 5 años, Región de las Américas, 2010-2019.....	62
14.	Distribución de la tasa de mortalidad neonatal, Región de las Américas, 2000-2019	63
15.	Muertes prematuras evitables por enfermedades no transmisibles en mujeres (de 30 a 69 años), Región de las Américas, 2000 y 2019.....	66
16.	Muertes prematuras evitables por enfermedades no transmisibles en hombres (de 30 a 69 años), Región de las Américas, 2000 y 2019	67

17.	Tendencia de la probabilidad incondicional de morir entre los 30 y los 69 años por cualquiera de las cuatro enfermedades no transmisibles principales en la Región de las Américas, 2000-2019	68
18.	Marco analítico para analizar el desempeño de los sistemas de salud como determinante de la mortalidad prematura potencialmente evitable.....	75
19.	Relación entre la mortalidad prematura potencialmente evitable y el índice de cobertura de servicios para la cobertura universal de salud, Región de las Américas	77
20.	Motivos por los cuales la población no busca atención de salud, Región de las Américas	79
21.	Relación entre la mortalidad prematura potencialmente evitable y las necesidades de atención de salud desatendidas, Región de las Américas	80
22.	Principales causas de hospitalizaciones evitables, datos consolidados correspondientes al Estado Plurinacional de Bolivia, Chile y Colombia, 2017-2018	84
23.	Relación entre la mortalidad prematura potencialmente evitable y la disponibilidad de recursos humanos, Región de las Américas.....	85
24.	Relación entre la mortalidad prematura potencialmente evitable y el gasto en salud per cápita, Región de las Américas.....	90
25.	Relación entre la mortalidad prematura potencialmente evitable y el gasto directo de bolsillo, Región de las Américas	91
26.	Relación entre la mortalidad prematura potencialmente evitable y la protección financiera en la salud de los hogares, Región de las Américas.....	93
27.	Marco de respuesta a múltiples amenazas con un modelo operativo para el desempeño de funciones de respuesta a emergencias de salud	98
28.	Mapa de riesgos para el desempeño de las funciones de respuesta a emergencias de salud, volcán La Soufrière, San Vicente y las Granadinas, octubre del 2021	101
29.	Porcentaje de países que notificaron interrupciones en los servicios para enfermedades no transmisibles y en los servicios de salud mental, Región de las Américas	102
30.	Distribución del déficit relativo de la vacuna DTP3 en el 2020 por subregión de América Latina y el Caribe	103
31.	Distribución del déficit relativo de la vacuna SPR1 en el 2020 por subregión de América Latina y el Caribe	103
32.	Proyección de las principales causas de muerte, Región de las Américas, 2020.....	105
33.	Salud mental en la población general y los trabajadores de salud en Argentina, 2020	106

Cuadros

1.	Mortalidad general y evitable, por sexo, Región de las Américas, 2019	18
2.	Cinco causas principales de muerte prematura potencialmente evitable por grupo del estudio de la carga mundial de enfermedad y por sexo, Región de las Américas, 2019	21

3.	Mortalidad prematura potencialmente evitable por sexo y por grupo etario, Región de las Américas, 2000 y 2019.....	24
4.	Las cinco causas principales de muerte prematura potencialmente evitable en la Región de las Américas y sus subregiones, 2019	26
5.	Mortalidad prematura potencialmente evitable por subregión y por país, Región de las Américas, tendencia en el período 2000-2019	27
6.	Tasas promedio de mortalidad prematura potencialmente evitable y su desigualdad absoluta y relativa en el gradiente de desarrollo sostenible entre los países ($n = 3$), por sexo y grupo etario, Región de las Américas, 2000-2019.....	40
7.	Tasas promedio de mortalidad prematura potencialmente evitable, prevenible y tratable por quintil de desarrollo sostenible, por sexo y por año, Región de las Américas, 2000, 2009 y 2019.....	41
8.	Mortalidad prematura potencialmente evitable: categorías seleccionadas de causas específicas prevenibles y tratables.....	46
9.	Tasas promedio de mortalidad prematura potencialmente evitable y su desigualdad absoluta y relativa en el gradiente de desarrollo sostenible entre los países ($n = 33$), según algunas categorías seleccionadas de causas específicas prevenibles y tratables, Región de las Américas, 2000 y 2019	47
10.	Carga de mortalidad prematura potencialmente evitable relacionada con el ODS 3 como porcentaje de la carga mundial de mortalidad, Región de las Américas, 2000, 2009 y 2019.....	48
11.	Contribución porcentual de los indicadores de mortalidad del ODS 3 a la carga de mortalidad prematura potencialmente evitable, Región de las Américas, 2000, 2009 y 2019	49
12.	Tasas promedio de mortalidad prematura potencialmente evitable por causas maternas, afecciones neonatales y enfermedades no transmisibles, y su desigualdad absoluta y relativa en el gradiente de desarrollo sostenible entre los países ($n = 33$), Región de las Américas, 2000, 2009 y 2019	50
13.	Razón de mortalidad materna en los países, Región de las Américas, 2000-2015.....	58
14.	Descripción de los indicadores relacionados con la razón de mortalidad materna y correlación entre ellos, Región de las Américas	60
15.	Proporción de muertes neonatales por problemas que se originan en el período perinatal, Región de las Américas, 2000 y 2019	63
16.	Proporción de muertes neonatales por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, Región de las Américas, 2000 y 2019	64
17.	Descripción de los indicadores relacionados con la tasa de mortalidad neonatal y correlación entre ellos, Región de las Américas	65
18.	Probabilidad incondicional de morir entre los 30 y los 69 años de edad por cualquiera de las cuatro enfermedades no transmisibles principales en los países, Región de las Américas, 2000-2019	69

19.	Desigualdad de la mortalidad prematura potencialmente evitable según la asignación de recursos cruciales del sistema de salud, Región de las Américas	86
20.	Evolución clínica de las condiciones de acceso y cobertura en algunos países seleccionados de América Latina	87
21.	Estratificadores estructurales de la mortalidad prematura potencialmente evitable y relación con la capacidad de los sistemas de salud, Región de las Américas	94
22.	Mandatos y resoluciones vigentes de la Organización Panamericana de la Salud relacionados con los sistemas de información y su influencia normativa en la mortalidad prematura potencialmente evitable.....	112
23.	Mandatos y resoluciones vigentes de la Organización Panamericana de la Salud relacionados con el desempeño de los servicios y sistemas de salud, y su influencia normativa en la mortalidad prematura potencialmente evitable	114
24.	Mandatos y resoluciones vigentes de la Organización Panamericana de la Salud relacionados con las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo, y su influencia normativa en la mortalidad prematura potencialmente evitable	119
25.	Mandatos y resoluciones vigentes de la Organización Panamericana de la Salud relacionados con la promoción de la salud y su influencia normativa en la mortalidad prematura potencialmente evitable.....	122
26.	Mandatos y resoluciones vigentes de la Organización Panamericana de la Salud relacionados con la salud mental y la violencia, y su influencia normativa en la mortalidad prematura potencialmente evitable.....	125
27.	Mandatos y resoluciones vigentes de la Organización Panamericana de la Salud relacionados con las enfermedades transmisibles y los determinantes ambientales de la salud, y su influencia normativa en la mortalidad prematura potencialmente evitable	129

Recuadros

1.	Medición de las desigualdades sociales en la mortalidad prematura potencialmente evitable: aspectos metodológicos básicos	38
2.	Control de las enfermedades no transmisibles para reducir la mortalidad prematura potencialmente evitable	117
3.	Promoción de la salud de las mujeres y de la población infantil y adolescente para reducir la mortalidad prematura potencialmente evitable	120
4.	Abordar la violencia y la seguridad vial para reducir la mortalidad prematura potencialmente evitable	123
5.	Eliminación de las enfermedades no transmisibles para reducir la mortalidad prematura potencialmente evitable.....	126

Prólogo

Con esta edición, *Salud en las Américas* entra en una nueva etapa en la cual se intenta abordar de manera más oportuna la dinámica de algunos temas importantes para la agenda de salud de la Región de las Américas. En esta etapa, la relevancia sigue siendo un elemento crucial, al tiempo que se mantiene la calidad que ha distinguido a esta publicación insignia de la Organización Panamericana de la Salud.

En esta edición de *Salud en las Américas* se analiza la tasa estandarizada de mortalidad prematura potencialmente evitable (MPPE) como indicador del desempeño del sistema de salud, considerando tanto el componente prevenible, por medio de intervenciones intersectoriales y de salud pública, como el componente tratable, relacionado con la eficacia de los servicios de salud, es decir, la calidad de la atención de salud. En el entendimiento de que la MPPE representa aquellas muertes que no deberían ocurrir si las intervenciones de salud y la tecnología sanitaria estuvieran ampliamente disponibles y se pudiera acceder a ellas con facilidad por medio de los sistemas de salud de los países, evitar estas muertes puede acelerar el avance hacia el logro de la cobertura universal de salud que garantice el acceso efectivo a la salud en los países.

Comenzando con una revisión de la MPPE como indicador del desempeño de los sistemas de salud, en el presente informe se examina

la magnitud y la distribución de este problema en la Región, así como las causas de muerte que tienen el mayor peso en este indicador. En el informe también se examinan los desafíos metodológicos afrontados en la elaboración del indicador, así como su evolución, y se presentan las condiciones analizadas que se derivan de la convergencia de las recomendaciones internacionales y los datos disponibles correspondientes a 33 países de la Región de las Américas. Con estos datos, se analizan las tendencias y los niveles de MPPE, haciendo hincapié en la equidad en su distribución, así como su importante contribución para el logro de las metas establecidas en la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 y en el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3.

En esta edición de *Salud en las Américas* se presenta una ruta para avanzar en la reducción de la MPPE, para lo cual se analizan los elementos necesarios desde la perspectiva del desempeño de los sistemas de salud a fin de fortalecer las medidas de salud pública y la calidad de los servicios de salud, lo que constituye uno de los ejes centrales de la respuesta.

Como al momento de realizarse el análisis aún no estaban disponibles los datos completos de mortalidad en relación con la COVID-19, la pandemia de COVID-19 se analizó desde la perspectiva de las muertes que ocurren en desastres y emergencias de salud, que en términos

Avanzar hacia la cobertura universal de salud es esencial para garantizar que todas las personas gocen del derecho a la salud, manteniendo la equidad en un primer plano, para lo que se deben adoptar medidas deliberadas que reduzcan las brechas entre los grupos de la población

generales son evitables y, por lo tanto, pueden considerarse en gran medida parte de la MPPE.

Es importante señalar que la emergencia de salud declarada en enero del 2020

por la COVID-19 ya no se consideraba una emergencia de salud pública de importancia internacional para mayo del 2023, sino un problema de salud establecido y continuo.

La perturbación de los servicios de salud que generó la pandemia nos recuerda la importancia de contar con planes de respuesta y la necesidad de ejecutarlos de manera rápida y eficiente.

Avanzar hacia la cobertura universal de salud es esencial para garantizar que todas las personas gocen del derecho a la salud, manteniendo la equidad en un primer plano, para lo que se deben adoptar medidas deliberadas que reduzcan las brechas entre los grupos de la población.

Jarbas Barbosa da Silva, Jr.

Director

Organización Panamericana de la Salud

Agradecimientos

Salud en las Américas es una iniciativa institucional de la Organización Panamericana de la Salud liderada por el Departamento de Evidencia e Inteligencia para la Acción de Salud (EIH) bajo la dirección de Sebastián García Saiso, director del departamento, y con la colaboración de los departamentos técnicos, las representaciones de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud y los Estados Miembros. Este informe es el resultado de la colaboración de muchas personas.

La redacción del informe *Salud en las Américas: Mortalidad prematura potencialmente evitable* fue coordinada por Adrienne Cox, jefa de la Unidad de Análisis de Salud y Métricas de Equidad. José Antonio Escamilla elaboró la nota conceptual y la metodología del informe. Formaron parte del equipo central de autores José Antonio Escamilla, Vilma Gawryszewski, Oscar Martínez, Claudia Moreno, Oscar Mujica, Antonio Sanhueza y Patricia Soliz, de la Unidad de Análisis de Salud y Métricas de Equidad (EIH/HA), y Ludovic Reveiz, de la Unidad de Traducción del Conocimiento (EIH/KT). Entre el personal de otros departamentos técnicos que trabajaron en los distintos equipos para cada capítulo se encuentran Gisele Almeida, Ernesto Báscolo, Amalia del Riego, Jonás Gonselth-García, Natalia Houghton (Departamento de Sistemas y Servicios de Salud); Monica Alonso Gonzalez (Departamento de Enfermedades Transmisibles y Determinantes Ambientales de

la Salud); Gerry Eijkemans, Fernanda Lanzagorta y Orielle Solar Hormazabel (Departamento de Familia, Promoción de la Salud y Curso de Vida); Roberta Caixeta y Dolores Ondarsuhu (Departamento de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental); Anna Coates y Lilia Jara (Unidad de Equidad, Género, Derechos Humanos y Diversidad Cultural); y Roberta Andraghetti, Enrique Pérez y Nicole Wynter (Departamento de Emergencias de Salud). Juan Pablo Gutiérrez fue el redactor técnico de todos los capítulos y brindó orientación durante la redacción del informe.

Además del informe completo, Marcelo D'Agostino (jefe de la Unidad de Sistemas de Información y Salud Digital) estuvo al frente del desarrollo del portal de *Salud en las Américas* (hia.paho.org). El equipo central del portal estuvo formado por Eric Baptista, Juan Carlos Diaz, Christy Feig, Andrea Gerger, Paulo Leite y Oscar Martínez.

Se agradece además la orientación y los aportes recibidos de la Gerencia Ejecutiva de la OPS: Jarbas Barbosa da Silva, Jr. (subdirector en el 2018-2022, director desde febrero del 2023), Carissa Etienne (directora, 2012-2023), Mary Lou Valdez (directora adjunta), Marcos Espinal (subdirector interino desde junio del 2022 hasta septiembre del 2023), Gerald Anderson (director de Administración, 2014-2021) y Kristan Beck (directora de Administración desde agosto del 2021).

Expresamos nuestro sincero agradecimiento a los directores de departamento de la OPS por su apoyo, orientación y comentarios a lo largo del proceso de elaboración y revisión del informe que abarcó a toda la Organización: Marcos Espinal (Departamento de Enfermedades Transmisibles y Determinantes Ambientales de la Salud, 2010-2023), Andrés de Francisco (Departamento de Familia, Promoción de la Salud y Curso de Vida, 2016-2023), James Fitzgerald (Departamento de Sistemas y Servicios de Salud), Anselm Hennis (Departamento de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental)

y Ciro Ugarte (Departamento de Emergencias de Salud).

Extendemos un agradecimiento especial al Equipo de Publicaciones por coordinar la edición del texto y la producción del informe, así como al Equipo de Idiomas por traducir el informe y los materiales del portal.

Por último, pedimos disculpas a aquellas personas cuyos nombres podamos haber omitido inadvertidamente aquí: agradecemos profundamente la ayuda que recibimos de todas las personas que contribuyeron en la elaboración de este informe.

Abreviaciones

Agenda 2030	Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible
APS	atención primaria de salud
ASSA2030	Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030
BCG	bacilo de Calmette-Guérin
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
COVID-19	enfermedad infecciosa causada por el SARS-CoV-2
CPAP	cambio porcentual anual promedio
DSAS	determinantes sociales y ambientales de la salud
ENT	enfermedad no transmisible
IC	intervalo de confianza
ICDS	índice de concentración de la desigualdad en la salud
ICS	índice de cobertura de servicios
IDP	índice de desigualdad basado en la pendiente
IDS	índice de desarrollo sostenible
MPPE	mortalidad prematura potencialmente evitable
ODS	Objetivo de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PIB	producto interno bruto
RMM	razón de mortalidad materna
sida	síndrome de inmunodeficiencia adquirida
TMEE	tasa de mortalidad estandarizada según la edad
VIH	virus de la inmunodeficiencia humana

Acerca de *Salud en las Américas*

Una de las funciones básicas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) es “dar seguimiento a la situación de la salud y evaluar las tendencias de salud”¹ en los países y territorios de la Región de las Américas. *Salud en las Américas* es la publicación insignia de la OPS que responde a ese mandato, en la que se examina la situación, las tendencias y los desafíos en materia de salud en esta Región.

En conformidad con la resolución CD7.R23 del 7.º Consejo Directivo de la OPS,² se solicitó que todos los países y territorios preparasen un informe cuadrienal sobre las condiciones en materia de salud, centrándose en las estadísticas de salud. Ese informe, conocido en la actualidad como *Salud en las Américas*, se ha publicado de manera periódica desde 1954. Aunque en su origen esta publicación consistía en una recopilación de datos, con el tiempo ha evolucionado y

se ha convertido en una referencia clave que recoge el conocimiento actual sobre temas de salud pública y los desafíos conexos, así como la orientación necesaria para abordarlos.

El objetivo de *Salud en las Américas* es responder a la necesidad de abordar los temas importantes en el ámbito de la salud pública de una manera cada vez más oportuna y de ofrecer, al mismo tiempo, una plataforma en la que se preste especial atención a temas específicos de importancia regional. En esta edición se presenta la descripción y el análisis de algunos temas clave relacionados con la mortalidad prematura potencialmente evitable en la Región de las Américas. Esta publicación está respaldada por la plataforma virtual *Salud en las Américas+*,³ en la que se ofrecen recursos interactivos para el análisis de datos y se pueden hacer comparaciones utilizando información desglosada por subregión y país.

1 Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2020-2025: La equidad, el corazón de la salud. Washington, D.C.: OPS; 2020. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52717>.

2 Organización Panamericana de la Salud. Discusiones técnicas en la XIV CSP [resolución CD7.R23]. 7.º Consejo Directivo de la OPS, 5.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, D.C.: OPS; 1953. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/1867/CD7.R23sp.pdf>.

3 Organización Panamericana de la Salud. *Salud en las Américas+*. Washington, D.C.: OPS; 2022. Disponible en: <https://hia.paho.org/es>.

Resumen

En los últimos decenios, el estado general de salud de las personas ha mejorado considerablemente tanto en la Región de las Américas como en el mundo en general, lo que ha llevado a un aumento de la esperanza de vida al nacer en la mayor parte de los países de la Región. Este progreso ha sido el resultado tanto de los avances en las tecnologías sanitarias (antibióticos, vacunas y otros tipos de tratamientos) como de las mejoras en las condiciones en que viven las personas, incluido un mayor acceso al agua potable y el saneamiento mejorados, y a los servicios de salud.

Sin embargo, el progreso ha aminorado en los últimos años, y los logros han variado entre

En los últimos decenios, el estado general de salud de las personas ha mejorado considerablemente tanto en la Región de las Américas como en el mundo en general, lo que ha llevado a un aumento de la esperanza de vida al nacer en la mayor parte de los países de la Región

El objetivo último de un país es garantizar el grado máximo de salud para su población

los países y los territorios, así como dentro de ellos. En el ámbito de la salud, el objetivo último de un país es garantizar el grado máximo de salud para su población. Los logros al respecto pueden evaluarse en función de su capacidad para prevenir las muertes prematuras, sobre todo cuando ocurren debido a causas potencialmente evitables. En ese sentido, la mortalidad prematura potencialmente evitable (MPPE) es un indicador del desempeño de los sistemas de salud. Esto significa que el desempeño adecuado de los sistemas de salud —en lo que respecta a las medidas de salud pública y las medidas relativas a los servicios de salud— permitirá que todas las personas vivan con una alta calidad de vida durante un número determinado de años.

Las muertes prematuras potencialmente evitables son aquellas que ocurren en personas menores de 75 años y que no deberían ocurrir si los sistemas de salud funcionaran adecuadamente. Estas muertes comprenden tanto las llamadas potencialmente prevenibles (salud pública)

como las llamadas potencialmente tratables o atendibles (servicios de salud).

Las medidas que toman los sistemas de salud tienen el potencial de influir en las causas que conducen a la MPPE; si se abordan estratégicamente, pueden ayudar a reducirla y acelerar el progreso hacia el logro de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (Agenda 2030) y el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 (ODS 3).

Para el análisis que se presenta en esta publicación, se elaboró una lista de causas sobre la base de recomendaciones internacionales y los datos más recientes disponibles, con lo cual se obtuvieron 12 grupos de causas de muerte evitable codificadas según la 10.^a edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades.

En el 2019, las cinco causas principales de MPPE en la Región de las Américas fueron: 1) las cardiopatías isquémicas (37 muertes por 100 000 personas); 2) la violencia interpersonal (19 muertes por 100 000 personas); 3) la diabetes mellitus (18 muertes por 100 000 personas); 4) los accidentes cerebrovasculares (16 muertes por 100 000 personas); y 5) el cáncer de tráquea, bronquios y pulmón (11 muertes por 100 000 personas). A excepción de la violencia interpersonal, estas son las principales causas de muerte en las siguientes subregiones: zona andina, Centroamérica, Caribe latino, Caribe no latino, América del Norte y Cono Sur.

En el 2019, hubo 2 522 755 muertes prematuras potencialmente evitables en la Región, lo que representa el 35% de todas

En la Región, la mortalidad atribuible a la calidad deficiente de la atención es alta

las muertes en los 33 países analizados. Esto representa una disminución si se considera que representaron el 40% del número total de muertes en el año 2000. Es primordial tener en cuenta las diferencias por sexo, ya que el número de muertes prematuras potencialmente evitables en los hombres es 1,5 veces más alto que el de las mujeres (41% frente al 29%, respectivamente).

En la Región, la mortalidad atribuible a la calidad deficiente de la atención es alta, aunque varía mucho entre los países, puesto que osciló entre 44,7 y 292,3 muertes por 100 000 habitantes en el 2019.

La tendencia a la baja que se registró en la MPPE en la Región entre los años 2000 y 2019 se refleja en un cambio porcentual anual promedio (CPAP) de -1,3%. Aunque se registró una reducción marginal en el caso de las muertes por causas externas, la mayor reducción promedio se observó en las muertes por enfermedades infecciosas (CPAP de -3,5%), mientras que las enfermedades no transmisibles fueron la principal causa de MPPE en la Región. En el 2019, la violencia interpersonal fue la principal causa de MPPE en la zona andina y Centroamérica. Los trastornos por consumo de drogas fueron la segunda causa principal en América del

Norte. El suicidio fue una causa importante de muerte en la población adolescente y joven.

La MPPE no se ha reducido al ritmo necesario para alcanzar las metas establecidas para el 2030. Por ejemplo, las causas relacionadas con las enfermedades no transmisibles siguen siendo un desafío prioritario en la Región de las Américas, por lo que se deben tomar medidas para abordar sus factores de riesgo a lo largo del curso de vida.

Junto con la tendencia a la baja que se registró en la tasa de MPPE, hubo un descenso de la desigualdad entre los países, tanto en términos de los gradientes absolutos como de los relativos. Sin embargo, el análisis mostró que en el 2019 había una desigualdad equivalente a 128 muertes adicionales por 100 000 menores de 75 años (IC 95% [-142,8 a -92,4]) en Haití en comparación con Canadá, los países en los extremos de la escala del desarrollo sostenible.

Al ser una expresión directa de la manera en que los países priorizan la salud, el financiamiento público destinado a la salud puede incidir en la MPPE. La capacidad de una persona para pagar por los servicios de salud

El umbral de pobreza relativa conduce a una mayor mortalidad en los países que tienen una menor protección financiera en materia de salud

El exceso de mortalidad documentado en el 2020 se ha traducido en una disminución de la esperanza de vida y se estima que sus efectos han causado un retroceso de 20 años

también repercute en la atención de salud que recibe. Los países con los mayores niveles de mortalidad presentan un gasto catastrófico más alto, que se ubica en el umbral del 25% del consumo o el ingreso de los hogares. Esto pone de manifiesto que el umbral de pobreza relativa conduce a una mayor mortalidad en los países que tienen una menor protección financiera en materia de salud.

La mayor parte de las muertes que ocurren en desastres y emergencias de salud pueden considerarse prevenibles, por lo que esta es una esfera clave para reducir las muertes prematuras potencialmente evitables. De las seis regiones de la OMS, la Región de las Américas es la tercera más afectada por este tipo de muertes, que han aumentado en un 44% en las últimas décadas principalmente debido a la actividad humana, plasmada en el cambio climático. Los terremotos que en los últimos años han afectado a Chile, Ecuador, Haití y México, entre otros países, así como los huracanes y las tormentas tropicales, han puesto a prueba la capacidad de respuesta de los servicios de salud. En este contexto, en el que se registran mayores desastres, la pandemia de COVID-19

generó una situación con múltiples riesgos para los países de la Región. Desde principios del 2020, la pandemia de COVID-19 trastocó la prestación de servicios de salud, lo que ha repercutido en la atención prestada a pacientes agudos y el seguimiento de los problemas crónicos de salud y las medidas preventivas.

El exceso de mortalidad documentado en el 2020 se ha traducido en una disminución de la esperanza de vida y se estima que sus efectos han causado un retroceso de 20 años en el progreso observado en la reducción de la MPPE.

Establecer sistemas de salud acordes con una atención primaria mejorada que se centre en el acceso universal y equitativo a la salud requiere procesos de reforma del sector de la salud que ya se han puesto en marcha en la Región de las Américas para garantizar el derecho a la salud.

Los países y los territorios de la Región deben fortalecer la vigilancia epidemiológica, las capacidades analíticas y el seguimiento de la MPPE para alcanzar las metas del ODS 3, así como fortalecer las intervenciones preventivas y terapéuticas para reducir la carga de mortalidad por causas prevenibles, lo cual permitirá también avanzar hacia el logro de las metas del ODS 3.

Con el fin de mejorar el progreso hacia la reducción de la MPPE de manera equitativa, se proponen siete consideraciones:

1. Priorizar y fortalecer la ejecución de la Agenda 2030 a nivel subnacional y nacional, especialmente la aplicación de estrategias e intervenciones centradas en reducir la MPPE y sus desigualdades.

Contar con un parámetro de medición que permita hacer comparaciones y la trazabilidad a lo largo del tiempo es una herramienta esencial para que los sistemas de salud de la Región rindan cuentas

2. Dar visibilidad a la MPPE en el contexto de desastres y emergencias de salud: todas las muertes en exceso resultantes de la inequidad social en desastres y emergencias de salud son parte de la MPPE.
3. Optimizar los sistemas de información sobre la salud y fortalecer los procesos de análisis, seguimiento y evaluación de la MPPE, incluida la disponibilidad de datos desglosados.
4. Promover e institucionalizar el seguimiento de las desigualdades sociales en la MPPE, a fin de posibilitar el registro sistemático de los cambios distributivos y no solo de los cambios en los promedios del riesgo de muerte por causas potencialmente evitables, y facilitar la realización de intervenciones concretas que favorezcan la equidad para reducir la MPPE y no dejar a nadie atrás.
5. Consolidar y fortalecer las capacidades institucionales relacionadas con el papel rector de las autoridades de salud para liderar la formulación y ejecución de políticas de

transformación de los sistemas de salud que respondan a las necesidades de salud de la población, la desigualdad distributiva, los determinantes sociales, económicos y ambientales, los factores de riesgo y la capacidad de respuesta del sistema de servicios de salud.

6. Mejorar y aumentar la capacidad de los sistemas de salud al fortalecer los mecanismos para regular y asignar recursos cruciales a los sistemas de salud, entre ellos el financiamiento de la salud, los recursos humanos para la salud, los medicamentos y otras tecnologías sanitarias.
7. Sostener y ampliar las mejoras en el acceso a servicios de salud integrales y de calidad, incluidos tanto los servicios de salud

individuales como las medidas intersectoriales y de salud pública que inciden en la MPPE.

En el camino hacia la salud universal, la capacidad de dar seguimiento a los avances para el logro del fin último de los sistemas de salud —vidas saludables— es sin duda una necesidad, y el análisis de la MPPE contribuye precisamente al logro de ese objetivo. Contar con un parámetro de medición que permita hacer comparaciones y la trazabilidad a lo largo del tiempo es una herramienta esencial para que los sistemas de salud de la Región rindan cuentas. El análisis de la MPPE también arroja luz sobre el hecho de que, para garantizar la equidad, los países están llamados a hacer inversiones no solo en los servicios de salud sino también en un ámbito más amplio: el de los determinantes sociales y ambientales de la salud.



Introducción

Desde mediados del siglo XX, se han registrado avances significativos en cuanto al estado general de salud de la población tanto en la Región de las Américas como en el mundo en general (1). Este progreso se ha reflejado en el aumento de la esperanza de vida al nacer y ha sido resultado de los avances tecnológicos que han dado lugar a los antibióticos y la vacunación, y de las mejoras en las condiciones de vida que han contribuido a que haya una mejor higiene y un mayor acceso a los servicios de salud. Sin embargo, este progreso ha avanzado a menor velocidad en los últimos decenios, y el aumento de la esperanza de vida no se ha producido de forma homogénea en todos los países (2).

Si bien la reducción de la mortalidad por enfermedades infecciosas ha sido el factor que más ha contribuido al aumento de la esperanza de vida, el proceso de transición

Desde mediados del siglo XX, se han registrado avances significativos en cuanto al estado general de salud de la población tanto en la Región de las Américas como en el mundo en general

Muertes prematuras que son potencialmente evitables tienen una distribución desigual entre los grupos poblacionales, pues afectan particularmente a quienes están en situación de vulnerabilidad por razones de género, etnicidad, nivel socioeconómico, situación migratoria o privación de la libertad

epidemiológica resultante, con el consiguiente aumento de la carga de enfermedades crónicas y no transmisibles, ha planteado nuevos retos a los sistemas de salud pública y a los servicios de salud en lo que respecta a su capacidad para evitar que las personas mueran antes de la edad esperada.

Una muerte que ocurre antes de que una persona alcance la edad hasta la cual se esperaba que viviera al nacer puede considerarse una muerte prematura y, desde una perspectiva de salud, es importante determinar si era evitable considerando la tecnología y los medios disponibles,

es decir, en términos de tecnologías sanitarias, políticas e intervenciones de salud pública, y medidas de desarrollo social y económico.

Estas muertes prematuras que son potencialmente evitables tienen una distribución desigual entre los grupos poblacionales, pues afectan particularmente a quienes están en situación de vulnerabilidad por razones de género, etnicidad, nivel socioeconómico, situación migratoria o privación de la libertad, entre otras, independientemente del nivel de desarrollo de los países (3). El uso de parámetros de medición para evaluar el desempeño de los sistemas de salud en combinación con un análisis de la mortalidad prevenible mediante programas o políticas de salud pública implementadas fuera del alcance inmediato del sector de la salud puede ofrecer un panorama más completo de las posibles formas de mejorar la salud de la población.

La mortalidad prematura potencialmente evitable (MPPE) es un indicador que captura una dimensión más amplia de los sistemas de salud, ya que incluye tanto el desempeño relacionado con las medidas adoptadas para mejorar las condiciones de vida y abordar los determinantes sociales de la salud, como el desempeño relacionado con la eficacia de los servicios de salud.

El avance hacia la cobertura universal de salud en la Región de las Américas requiere sistemas de salud que tengan la capacidad de influir en las muertes prematuras y evitarlas, dentro de un marco en el que se considere además la interacción con otros sectores sociales. Para ello es necesario disponer de información sobre el desempeño de estos

sistemas en términos de mortalidad prematura, es decir, conocer su magnitud y tendencias.

En el capítulo 1 se examinan algunos análisis previos relacionados con la MPPE en la Región y se describe el enfoque metodológico utilizado en este informe para estimar la MPPE, considerando los datos disponibles que se recopilan sistemáticamente en todos los países de la Región y describiendo las causas de muerte que se incluyen.

En el capítulo 2 se presenta la tendencia que siguió la MPPE en la Región entre los años 2000 y 2019, diferenciando entre mortalidad prematura por causas prevenibles y tratables, y desglosándola por sexo, de manera que se muestra la velocidad a la que se ha reducido el indicador. Como parte de este análisis también se presentan los resultados por subregión, detallando las diferencias y similitudes en términos de las causas de la MPPE que representan patrones diferentes.

En el capítulo 3 se aborda la desigualdad en el indicador (MPPE ajustada por la edad) entre los países, considerando el índice de desarrollo sostenible (IDS) como un estratificador y mostrando también las tendencias en cuanto a la desigualdad. Las desigualdades relacionadas con la distribución de la MPPE en los países de la Región se presentan utilizando tanto el índice de desigualdad basado en la pendiente (IDP) como el índice de concentración de la desigualdad en la salud (ICDS), que son los parámetros de medición habituales para medir las desigualdades. Si bien la situación ha ido mejorando, la MPPE sigue estando distribuida de manera desigual en la Región y afecta más a los países con un desarrollo sostenible menor.

En el capítulo 4 se examina la relación entre la MPPE y el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), por medio del análisis de tres de los nueve indicadores del ODS 3 relacionados con la MPPE: el indicador 3.1.1, razón de mortalidad materna (RMM); el indicador 3.2.2, tasa de mortalidad neonatal; y el indicador 3.4.1, tasa de mortalidad atribuida a las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes o las enfermedades respiratorias crónicas. En este capítulo se subraya la importancia de los ODS para abordar la MPPE y se presenta evidencia sobre la manera en que las medidas adoptadas por los sistemas de salud pueden reducir la MPPE.

En el capítulo 5 se analiza el papel de los sistemas de salud en la reducción de la MPPE, prestando especial atención a la cobertura universal de salud. El acceso a servicios de salud de buena calidad es clave para abordar la mortalidad prematura por causas tratables, como lo ha puesto de manifiesto la evidencia sobre el número de muertes en la Región que se deben a servicios de baja calidad. Asimismo, debe promoverse el financiamiento adecuado y equitativo de los sistemas de salud, puesto que ello permitiría abordar la mortalidad prematura tanto por causas prevenibles como tratables.

En el capítulo 6 se describe la relación entre las emergencias de salud y la MPPE. Se hace hincapié en las enseñanzas que la Región y el mundo han extraído de la pandemia de COVID-19 en relación con su pesada carga en la mortalidad directa y la manera en que se trastocaron los servicios de salud y, por lo tanto, aumentó la mortalidad por otras causas. En general, la mayor parte de las muertes relacionadas con desastres y

A nivel subnacional, nacional y regional, el imperativo de no dejar a nadie atrás implica la necesidad de dar seguimiento no solo al progreso promedio sino también a la manera en que este progreso se distribuye en los grupos sociales

emergencias de salud son evitables, por lo que la respuesta a estos eventos es también una estrategia para reducir la MPPE.

Por último, en el capítulo 7 se presentan medidas para avanzar hacia la reducción de la MPPE y de las brechas en la MPPE en la Región, haciendo hincapié en el logro de la cobertura universal de salud a nivel regional. Estas medidas se proponen desde la perspectiva de que es necesario fortalecer y priorizar la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (Agenda 2030) a nivel subnacional y nacional en la Región. Se hace un llamado a fortalecer los sistemas de salud para abordar la MPPE, ya que estos son componentes importantes de la mortalidad general y están relacionados con los ODS. A nivel subnacional, nacional y regional, el imperativo de no dejar a nadie atrás implica la necesidad de dar seguimiento no solo al progreso promedio sino también a la manera en que este progreso se distribuye en los grupos sociales.



Mortalidad prematura potencialmente evitable: ¿qué es y por qué es pertinente para analizar el desempeño de los sistemas de salud?

El desempeño de los sistemas de salud y la mortalidad prematura potencialmente evitable

Los indicadores de la MPPE son uno de los componentes de la medición del desempeño de los sistemas

de salud.¹ Este tipo de parámetros de medición proporcionan un punto de partida

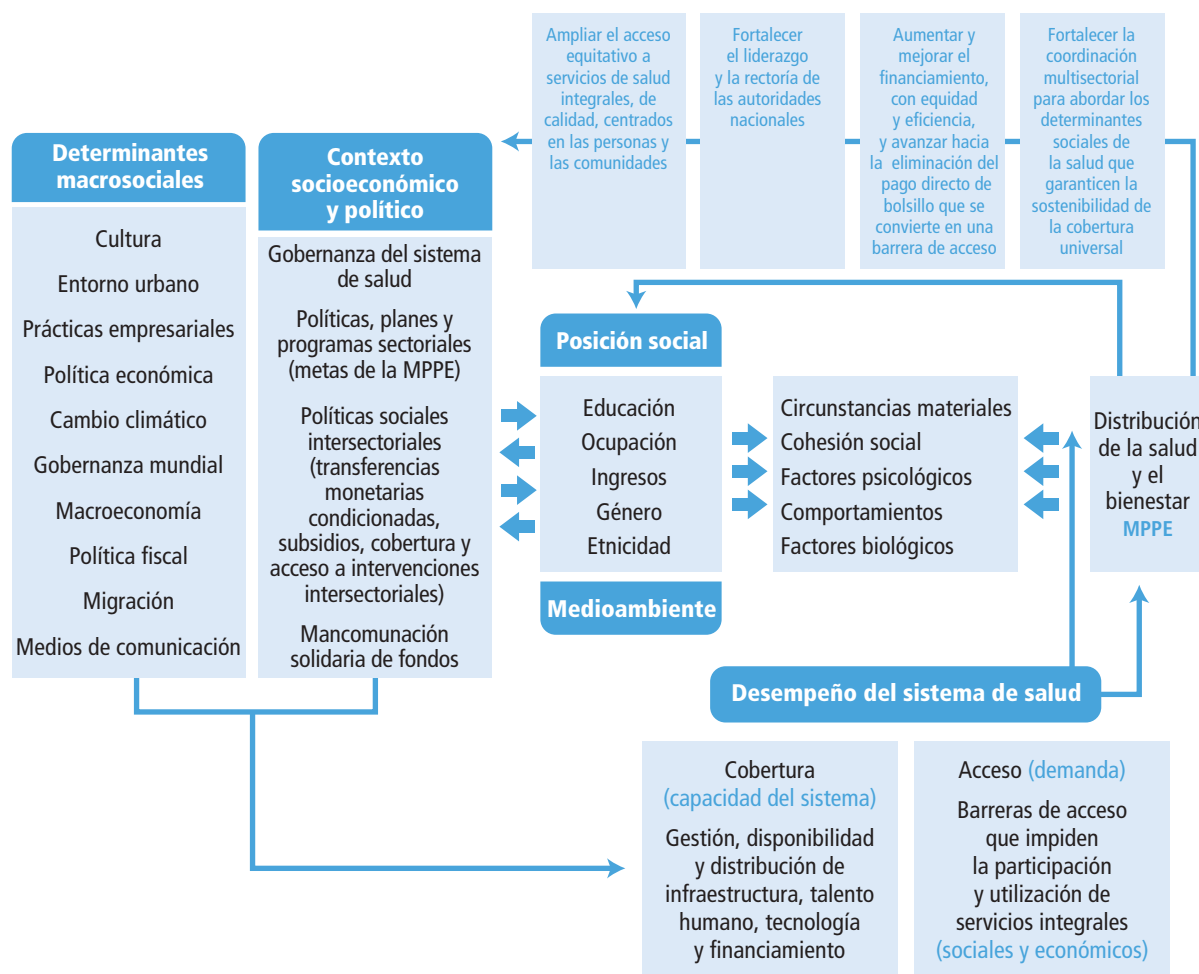
¹ En todo este informe se usa la frase “sistemas de salud” para hacer referencia a todas las instituciones y los recursos destinados a mejorar la salud, es decir, los servicios de salud, así como aquellos orientados a promover la salud y prevenir enfermedades por medio de medidas de salud pública.

para analizar la eficacia de las políticas de salud pública y de la prestación de servicios de salud individuales en lo que se refiere a su capacidad para prevenir la mortalidad prematura por causas prevenibles y tratables (4).

En la figura 1 se muestra la interacción entre el contexto socioeconómico y político, los

determinantes macrosociales y las capas de características demográficas e individuales que pueden mejorar o menoscabar el desempeño de los sistemas de salud en términos del acceso y la cobertura, así como la acción de otros sectores para mejorar las condiciones de vida de la población al reducir la posibilidad de muerte prematura.

FIGURA 1 Modelo conceptual de los determinantes sociales de la mortalidad prematura potencialmente evitable



Determinantes sociales y ambientales de la salud y las desigualdades en la salud

Nota: MPPE: mortalidad prematura potencialmente evitable.

Fuente: OPS.

La evaluación de este desempeño en cuanto a la amplitud de los resultados deseables es una tarea metodológicamente compleja para la cual se han propuesto distintos enfoques. Uno de ellos se centra en el objetivo fundamental de la función de los Estados en cuanto a la salud, es decir, la provisión de medios para que la población tenga una vida sana (asegurar el goce del grado máximo de salud de la población), y usa las muertes prematuras y potencialmente evitables como indicador del desempeño. Tiene en cuenta tanto las muertes que pueden evitarse con medidas de salud pública como las que dependen de la eficacia de los servicios de salud. El supuesto central de esta perspectiva es que el desempeño adecuado de los sistemas de salud permitirá a todas las personas vivir por lo menos el número promedio de años que cabría esperar para una población determinada —es decir, la esperanza de vida— con la mejor calidad de vida posible.

Aunque con la MPPE no se puede obtener una medición completa del desempeño de los sistemas de salud, este parámetro permite medir los resultados a fin de orientar las intervenciones estatales: si un evento perjudicial para la salud puede evitarse con la aplicación de los conocimientos actuales, no debería ocasionar la muerte. Por lo tanto, el uso de la MPPE ha sido ampliamente aceptado (5). En consecuencia, este parámetro de medición es un punto de partida razonable para evaluar los resultados de las políticas de salud pública y atención médica encaminadas a frenar las muertes prematuras atribuibles tanto a causas prevenibles como a aquellas para las cuales se puede ofrecer atención (6).

La mortalidad prematura potencialmente evitable como parámetro de medición

El enfoque de la MPPE tiene sus antecedentes en el trabajo de Rutstein y colegas (Grupo de Trabajo sobre Enfermedades Prevenibles y Manejables, Facultad de Medicina de Harvard), que plantearon el concepto de “muertes innecesarias y prematuras” y llamaron “mortalidad evitable” a las muertes causadas por un conjunto de condiciones adversas para la salud, en cuyo contexto no debería producirse enfermedad, discapacidad o muerte en presencia de atención médica oportuna y adecuada, dados los conocimientos y los avances obtenidos hasta ese momento. Con el propósito de describirlas, propusieron (7) una serie de problemas de salud claramente definibles, para los cuales se conocían intervenciones eficaces, incluida la disponibilidad de servicios de salud. A partir de eso se creó una lista de causas basada en la octava edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-8).

Sobre la base del criterio de evitabilidad de acuerdo con las intervenciones eficaces disponibles, es evidente que esta lista debe actualizarse a la par de los avances en el conocimiento y la tecnología (8). La primera lista de causas más ampliamente aceptada fue compilada por Charlton (9) en 1983. La lista de Charlton se limitaba a las muertes entre las edades de 0 y 64 años, e incluía solo problemas de salud para los cuales había un tratamiento médico o quirúrgico.

Durante la década de 1980, el concepto de “muerte evitable” evolucionó a fin de tener en cuenta que las muertes ocasionadas por

causas modificables por medio de la prevención secundaria y de las intervenciones médicas son “tratables”, mientras que aquellas que pueden abordarse con intervenciones de salud pública y multisectoriales son “prevenibles”.

Durante las dos décadas siguientes, el concepto de evitabilidad se amplió. Tras un examen de los avances en las intervenciones médicas y de salud pública realizado en la primera década del presente siglo, Tobias y Jackson incluyeron otros problemas de salud, o grupos de problemas de salud, que podían abordarse con medidas de prevención primaria (evitar la aparición del problema), secundaria (detección temprana con la posibilidad de retrasar el inicio del problema o su recurrencia) y terciaria (reducción de la letalidad por medio de una intervención médica o quirúrgica) (10).

Si bien en Europa se han elaborado numerosos artículos sobre la MPPE, es importante reconocer que en la Región de las Américas ha sido cada vez mayor el interés en el análisis y el uso del conocimiento de este indicador para la planificación de medidas de salud pública. Varios Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) en América Latina lo han utilizado de manera intermitente, y otros, como Canadá, lo han usado continuamente desde 1979.

Breve reseña de las experiencias de la Región de las Américas

Muchos de los estudios realizados en la Región presentan análisis ecológicos de series cronológicas (11), magnitud, distribución y tendencias (12, 13), y examinan también las desigualdades sociales en la

salud y la estimación de costos, como en los casos de Brasil (14), Colombia (15) y Canadá, donde se han hecho varios análisis, incluso de grupos inmigrantes y de residentes de larga data (16, 17).

Los Estados Miembros de la OPS/OMS votaron por unanimidad a favor de la inclusión de la mortalidad prematura por causas tratables entre los indicadores para el seguimiento y la evaluación del desempeño de los sistemas y servicios de salud de la Región de las Américas a partir del 2014 en el marco del Plan Estratégico 2014-2019.² El indicador seleccionado fue “mortalidad por causas evitables mediante la atención de salud”, definida como muertes prematuras (antes de los 75 años) que podrían haberse evitado si se hubiera proporcionado atención de salud oportuna, eficiente y eficaz.

Para este indicador, la OPS/OMS generó una lista de causas potencialmente prevenibles y tratables basada en la experiencia de Australia, Brasil, Canadá, Colombia, México, Nueva Zelanda y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte. La lista fue aprobada por los Estados Miembros y se usó para hacer un análisis regional del estado de la mortalidad por estas causas (18). El análisis incluyó datos de 42 países y territorios de la Región para los cuales había datos anuales del 2000 al 2009. Se calcularon las tasas brutas y ajustadas por la edad, desglosadas por país

2 El Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 fue seguido del plan correspondiente al período 2020-2025: Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019. En pro de la salud: Desarrollo sostenible y equidad. Washington, D.C.: OPS; 2014. Disponible en: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-OD345-s.pdf>. Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2020-2025. La equidad, el corazón de la salud. Washington, D.C.: OPS; 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/plan-estrategico-organizacion-panamericana-salud-2020-2025>.

y por sexo, y se las organizó en 10 grupos de eventos (circulatorios, neoplásicos, perinatales y maternos, infecciosos, respiratorios, genitourinarios, digestivos, nerviosos, endocrinos y metabólicos, y por causas externas). Con el fin de minimizar el problema de las variaciones debidas a un pequeño número de eventos en varios países, los datos se agruparon en dos períodos: 2000-2004 y 2005-2009.

En el período 2005-2009, la gran mayoría de los países y territorios (37 de 42) presentaron tasas más bajas, con una reducción promedio regional del 5,3%. Se observaron reducciones en eventos maternos y perinatales (14,1%), enfermedades del sistema nervioso (9,1%), enfermedades del sistema circulatorio (7,4%), enfermedades infecciosas (6,4%) y causas externas (6,4%), mientras que otros eventos mostraron aumentos: aparato genitourinario (5,4%), eventos endocrinos y metabólicos (3,9%), neoplasias (1,0%) y aparato respiratorio (0,4%).

Teniendo en cuenta ambos períodos y usando el período 2000-2004 como referencia, el riesgo de morir por causas que podrían tratarse mediante la atención de salud en el período 2005-2009 fue un 30% mayor en los hombres que en las mujeres, con un riesgo relativo para los hombres de 1,3 (IC 95% [1,2 a 1,4]). Los riesgos fueron similares cuando se analizaron por grupo de causas y se situaron entre 1,7 (IC 95% [1,6 a 1,8]) en lo que respecta a causas circulatorias y 1,1 (IC 95% [1,0 a 1,2]) en relación con las causas externas, con la excepción de la mortalidad por neoplasias, para las cuales el riesgo de muerte fue mayor en las mujeres, con un riesgo relativo de 1,4 (IC 95% [1,3 a 1,5]).

En el 2015, el análisis regional se extendió para incluir a la MPPE, a fin de documentar su tendencia entre el 2001 y el 2012, y se la definió como muerte prematura (antes de los 75 años) por problemas de salud que podrían evitarse previniendo tanto la aparición de un evento adverso para la salud como retrasando la muerte por medio del acceso oportuno a servicios de salud de buena calidad. Para esta comparación se seleccionaron los años 2001 y 2010, a los cuales correspondía el mayor número de países sobre los que había datos de mortalidad para evaluar el cambio a lo largo del tiempo. Independientemente del sexo, en el 2001, la tasa regional promedio era de 272,0 por 100 000 habitantes, con una variabilidad significativa entre los países (variación de 83,4 a 748,7, mediana de 245,5).³ En el 2010, la tasa regional promedio había bajado el 10,5%, a 230,9 por 100 000 habitantes, y se había mantenido la gran variabilidad entre los países (variación de 44,2 a 513,2, mediana de 219,7) (19).

Varios informes muestran tendencias a la baja de la mortalidad evitable en los países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (20, 21), con un patrón similar en la Región de las Américas para la mortalidad por causas tratables (20) y la mortalidad por causas evitables en conjunto (18), en particular en lo que se refiere a las causas por enfermedades crónicas no transmisibles (22, 23). En varios países, los determinantes sociales, económicos y de política parecen estar relacionados con estas tendencias (24-26). Los ingresos (27), la situación socioeconómica (26, 28, 29),

³ La mediana es el valor que separa la mitad superior de la mitad inferior.

Se observa un patrón bastante uniforme en lo que respecta a una mayor mortalidad prematura evitable según la pertenencia a grupos étnicos con desventajas sociales y económicas y con dificultades para el acceso a servicios de salud de calidad

la educación (30), la migración (16, 31, 32), los sistemas de salud de calidad deficiente (33-35), el gasto insuficiente en la salud (24) y la presencia de regímenes políticos no democráticos (4) se encuentran entre los determinantes más comúnmente considerados.

A pesar de los diferentes enfoques metodológicos utilizados en los estudios, la variación en la definición de las variables consideradas como parte de los determinantes macrosociales, el contexto socioeconómico y político, y el nivel individual, incluidos los servicios de salud, en los distintos períodos, se observa un patrón bastante uniforme en lo que respecta a una mayor mortalidad prematura evitable según la pertenencia a grupos étnicos con desventajas sociales y económicas y con dificultades para el acceso a servicios de salud de calidad. En algunos estudios, la esperanza de vida tiende a variar según el sexo, el período y la región (36-39).

Enfoque metodológico de la mortalidad evitable utilizado en *Salud en las Américas* en el período 2000-2019

Para estimar la MPPE, se hizo un estudio ecológico de tendencias que abarcó 33 Estados Miembros de la OPS como unidad de análisis. Para el análisis subregional, los países se agruparon de la siguiente manera: América del Norte (Canadá, Estados Unidos de América), México, Centroamérica (Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá), Caribe latino (Cuba, Haití, República Dominicana), zona andina (Bolivia [Estado Plurinacional de], Colombia, Ecuador, Perú, Venezuela [República Bolivariana de]), Brasil, Cono Sur (Argentina, Chile, Paraguay, Uruguay) y Caribe no latino (Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Granada, Guyana, Jamaica, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname y Trinidad y Tabago).

Fuentes de datos

Los datos de mortalidad se obtuvieron de las estimaciones mundiales de salud correspondientes al 2019 de la OMS, que proporcionan una serie cronológica con frecuencia anual para el período 2000-2019 correspondiente a los 33 países abarcados. Esto proporciona un conjunto completo, comparable e internamente coherente de datos sobre muertes por causas específicas, que incorpora la labor científica y técnica interinstitucional de otros organismos de las Naciones Unidas que, en conjunto, proporcionan estimaciones de la población y de los nacimientos y las muertes por todas las causas y por causas específicas de muerte. Las estimaciones mundiales de salud son las mejores estimaciones de la OMS y se basan en la evidencia con que se contaba hasta noviembre del 2020 (40).

Los denominadores para el cálculo de las tasas de mortalidad se obtuvieron de las estimaciones y proyecciones demográficas preparadas por la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas y publicadas en *World Population Prospects Review 2019*. Con esta información se calcularon las tasas de mortalidad ajustadas por edad y por sexo, usando el método directo de acuerdo con los diferentes niveles de combinación de causas. La estructura poblacional de referencia para el ajuste de las tasas fue la propuesta por la OMS para el período 2000-2025.

Causas y definiciones

El conjunto de causas de muerte prematura potencialmente evitable ha variado con el tiempo. Por esta razón, las listas de causas específicas se han modificado de acuerdo con el contexto de los países, sus avances en la tecnología médica y las circunstancias a la hora de compilar una lista de causas. Para el análisis de la MPPE en la Región de las Américas presentado en esta publicación, se examinaron las listas de causas que más se usan, entre ellas las de Australia, Brasil, Canadá, Colombia, México, Nueva Zelandia, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, el Consenso Europeo y la lista de Nolte y McKee, así como la que se utiliza actualmente en el Plan Estratégico de la OPS.

Se usaron las siguientes definiciones, en las que se integra el concepto de la mortalidad prematura con el potencial de evitabilidad:

- **Muertes prematuras:** las que ocurren en personas menores de 75 años.
- **Muertes prematuras evitables:** las que ocurren en personas menores de 75 años que no deberían ocurrir si todos los niveles de atención de los sistemas de salud funcionaran adecuadamente (prevención primaria, secundaria y terciaria, y atención de salud en todos los niveles). El grupo de **muertes evitables** comprende dos subgrupos: 1) las que se deben a “causas potencialmente **prevenibles**” y 2) las que se deben a “causas potencialmente **tratables**”.
- **Muertes prematuras por causas prevenibles:** muertes en menores de 75 años que podrían haberse evitado con medidas de prevención primaria. Se considera que una muerte es prevenible si, de acuerdo con lo que se entiende acerca de los determinantes de la salud en el momento de la muerte, todas las muertes por esa causa o la mayoría podrían evitarse mediante intervenciones de salud pública en su sentido más amplio.
- **Muertes prematuras por causas tratables:** las que ocurren en menores de 75 años y que no deberían ocurrir si, según los conocimientos médicos y la tecnología disponibles en el momento de la muerte, pudieran prevenirse con atención médica oportuna y de buena calidad.

Los 12 grupos de causas de mortalidad, a su vez, están compuestos por 50 subgrupos. En el anexo 1 se presenta una lista detallada de estos códigos.

Análisis de los datos

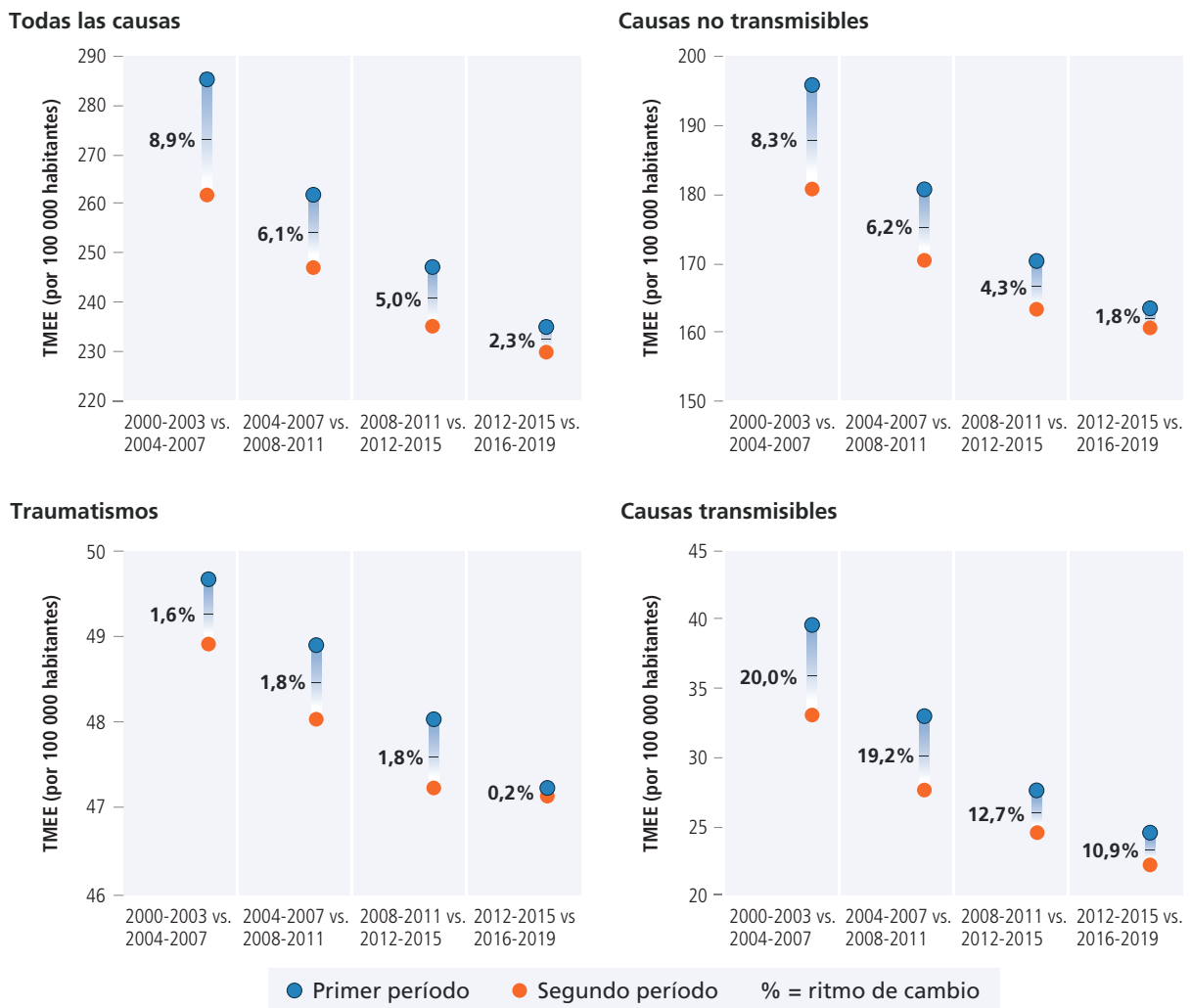
El análisis de los datos incluyó estadísticas descriptivas por país, subregión y región. Se usaron tasas de mortalidad ajustadas por la

edad para las comparaciones entre subregiones y regiones. Se utilizaron las tres categorías que componen la carga general de enfermedad: 1) enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales; 2) enfermedades no transmisibles, y 3) traumatismos. La lista modificada se compone de 12 grupos de causas de mortalidad evitable codificadas de acuerdo con la CIE-10. Según el propósito

de cada capítulo, se usaron datos de distintos tipos para estratificar los países de acuerdo con sus características sociales, económicas y de desarrollo, incluidos los servicios de salud.

La pregunta que surge ahora es cómo se ha comportado este ritmo de cambio en las tasas de MPPE ajustadas por la edad a lo largo del tiempo. En la figura 2 se muestran

FIGURA 2 Cambio en la mortalidad prematura potencialmente evitable: en general, por causas no transmisibles, por traumatismos y por causas transmisibles, Región de las Américas



Nota: TMEE: Tasa de mortalidad estandarizada por edad.
Fuente: OPS.

los resultados del cálculo de esta velocidad (en términos porcentuales), a nivel regional, de acuerdo con los tres grupos principales de la carga mundial de enfermedad. Para esta estimación, los datos de la serie 2000-2019 se agruparon en períodos de cuatro años: 2004-2007 frente al 2000-2003 (base de comparación), 2008-2011 frente al 2004-2007 (base de comparación), 2012-2015 frente al 2008-2011 (base de comparación), 2016-2019 frente al 2012-2015 (base de comparación).

Se observa que la MPPE ha estado disminuyendo independientemente de los tres grupos principales de causas, con una desaceleración del cambio en particular en los períodos 2016-2019 y 2012-2015. Cabe destacar que la mayor desaceleración se observa en el grupo de accidentes y traumatismos, con un ritmo intermedio de cambio en la mortalidad por enfermedades no transmisibles (ENT) y la mayor celeridad en el grupo de enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales.



Magnitud, distribución y tendencias de la mortalidad prematura potencialmente evitable en la Región de las Américas

La evaluación del desempeño de los sistemas de salud es importante para fundamentar las medidas encaminadas a promover el buen funcionamiento de los sistemas a fin de

responder eficazmente a las necesidades de salud de diversos grupos de mujeres y hombres. Además, hay un consenso cada vez mayor de que es necesario abordar los determinantes

El perfil de mortalidad en la Región de las Américas ha cambiado notablemente en los últimos decenios

sociales, económicos y ambientales subyacentes de muchos problemas de salud. Por esta razón, se necesita un compromiso multisectorial e intersectorial para garantizar una vida sana y el bienestar para todas las personas en la Región de las Américas (41).

El perfil de mortalidad en la Región de las Américas ha cambiado notablemente en los últimos decenios. En la mayoría de los países, las ENT y las causas externas han reemplazado a las enfermedades transmisibles como principal causa de muerte. En el 2000, las afecciones neonatales fueron la tercera causa principal de muerte, pero en el 2019 bajaron al séptimo lugar. Entre los factores que contribuyeron a este cambio se encuentran el envejecimiento de la población, una mayor esperanza de vida, el éxito de los programas de inmunización, un mayor control de las enfermedades transmisibles, la mejora de la nutrición y la reducción de la pobreza extrema en la Región.

Como se señala en el capítulo 1, el análisis de los datos de mortalidad prematura desglosados por causas prevenibles y tratables es una herramienta importante para evaluar la eficacia (y la costo-eficacia) de las intervenciones de salud pública, el acceso a los servicios de salud y su calidad, y la necesidad de abordar los

determinantes sociales y ambientales de la salud relacionados con esta mortalidad.

En el 2019, las cinco principales causas de muerte en la Región fueron las cardiopatías isquémicas (37/100 000), la violencia interpersonal (19/100 000), la diabetes mellitus (18/100 000), los accidentes cerebrovasculares (16/100 000) y el cáncer de tráquea, bronquios y pulmón (11/100 000). Excepto la violencia interpersonal, estas mismas causas de muerte son sistemáticamente las principales en todas las subregiones.

La finalidad de este capítulo es presentar una visión general de la magnitud, la distribución y las tendencias de la MPPE en la Región de las Américas.

Mortalidad prematura potencialmente evitable: magnitud y tendencias

A pesar de las mejoras de la mortalidad evitable en la Región en los dos últimos decenios, las causas evitables de muerte siguen ocupando un lugar importante en la mortalidad general en la Región de las Américas. En el 2019, las

En el 2019, las 2 522 755 muertes prematuras potencialmente evitables que se produjeron en 33 países de la Región representaron alrededor del 35% del total de las muertes

2 522 755 muertes prematuras potencialmente evitables que se produjeron en 33 países de la Región representaron alrededor del 35% del total de las muertes, en comparación con casi el 40% en el 2000 (figura 3).

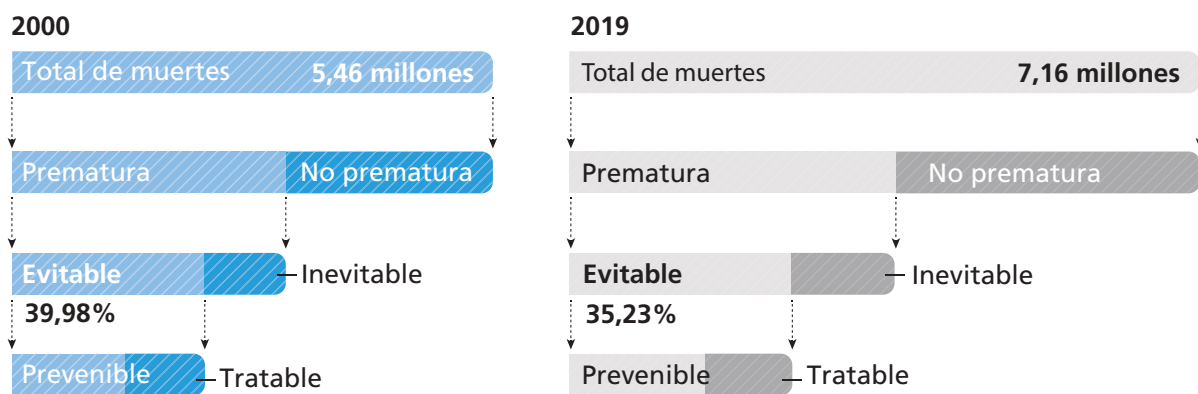
Las diferencias por sexo son evidentes y en la figura 4 se muestra que la proporción de hombres que mueren por causas

evitables representó el 41% del total de las muertes, mientras que, en el caso de las mujeres, la cifra fue del 29%.

Magnitud de la mortalidad prematura potencialmente evitable

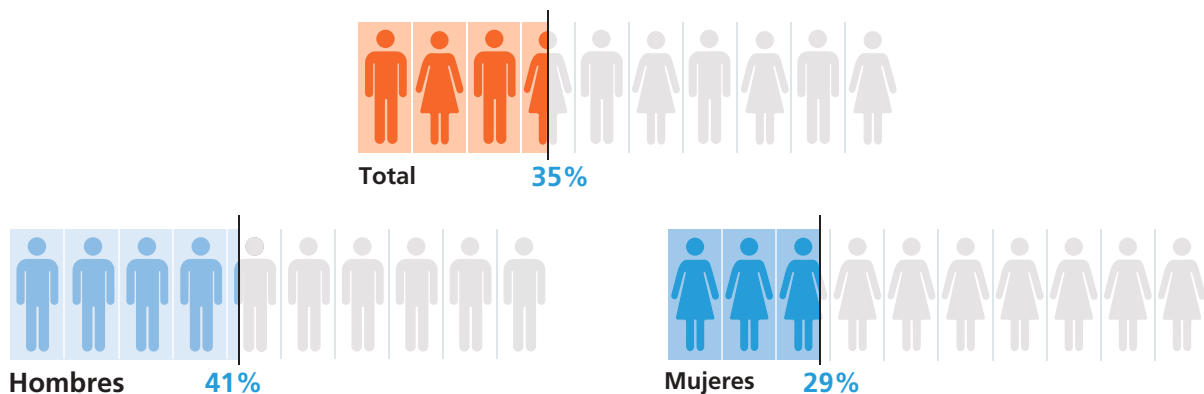
En el 2019, el riesgo de morir prematuramente debido a una causa potencialmente evitable era de 227 muertes por 100 000 (cuadro 1).

FIGURA 3 Proporción de mortalidad prematura potencialmente evitable en el total de muertes, Región de las Américas, 2000 y 2019



Fuente: OPS.

FIGURA 4 Proporción de muertes prematuras potencialmente evitables en la mortalidad general, por sexo, Región de las Américas, 2019



Fuente: OPS.



© Víctor Sánchez/OPS

CUADRO 1 Mortalidad general y evitable, por sexo, Región de las Américas, 2019

SEXO	MORTALIDAD GENERAL			MORTALIDAD PREMATURA POTENCIALMENTE EVITABLE		
	MUERTES	%	TMEE (100 000)	MUERTES	%	TMEE (100 000)
Total	7 160 630	100	532	2 522 755	100	227
Hombres	3 803 552	53	641	1 551 235	61	290
Mujeres	3 357 086	47	435	971 520	39	167

Nota: TMEE: tasa de mortalidad estandarizada según la edad.

Fuente: OPS.

Las causas prevenibles eran el principal factor contribuyente y representaban el 60% de estas muertes (137/100 000), mientras que las causas tratables representaban el 40% restante (90/100 000). Aunque se sabe que las tasas de mortalidad estandarizadas según la edad son más altas en los hombres que en las mujeres, esta diferencia es aún mayor cuando se trata de muertes prematuras evitables: es 1,7 veces

mayor en los hombres que en las mujeres. La tasa de mortalidad estandarizada según la edad (TMEE) correspondiente a la MPPE fue de 290/100 000 en los hombres y de 167/100 000 en las mujeres.

Las causas de mortalidad prevenibles y tratables también presentan importantes diferencias según el sexo. En los hombres,

El comportamiento masculino hegemónico ha guardado relación con la presencia de problemas de salud específicos, como comportamientos de riesgo al conducir, el consumo de alcohol y drogas, las relaciones sexuales sin protección y la violencia interpersonal

las causas de mortalidad prevenibles son el doble de las tratables (194/100 000 y 96/100 000, respectivamente), y las causas externas prevenibles afectan de manera desproporcionada a los hombres. En las mujeres, las causas prevenibles y las tratables son similares (83/100 000 y 84/100 000, respectivamente). Los servicios de salud preventiva para las mujeres, como los servicios de detección del cáncer cervicouterino y de mama, son más accesibles que los servicios similares para los hombres en la mayoría de los países de la Región (42). Las normas sociales, incluidos los roles de los hombres y las mujeres en el mercado laboral y en la búsqueda de servicios de salud, también podrían influir (43). En la Región, el comportamiento masculino hegemónico ha guardado relación con la presencia de problemas de salud específicos, como comportamientos de riesgo al conducir, el consumo de alcohol y drogas, las relaciones sexuales sin protección y la violencia

interpersonal (43). Estos hallazgos muestran la necesidad de realizar campañas focalizadas de promoción de la salud y prevención de enfermedades a fin de abordar la brecha de género perjudicial para los hombres.

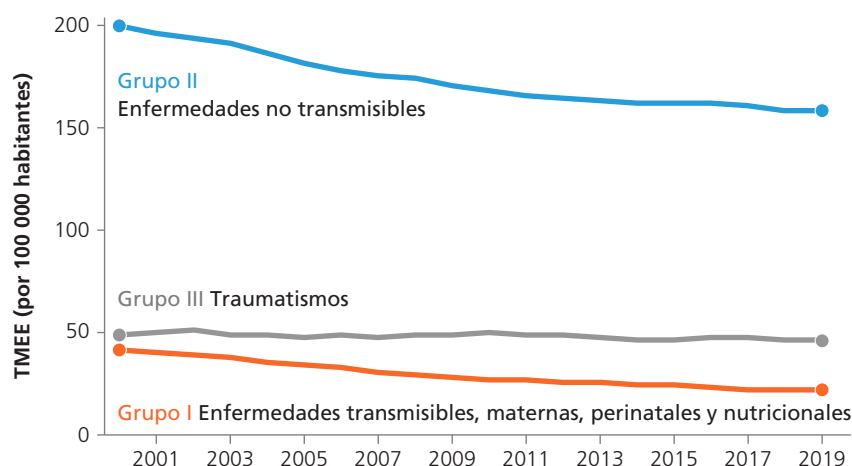
Tendencias y principales causas de la mortalidad prematura potencialmente evitable

La distribución por sexo de las causas evitables de muerte según los tres grandes grupos de causas utilizados en el estudio de la carga mundial de enfermedad (44) indicó que las principales causas de MPPE eran similares para hombres y mujeres. Sin embargo, en términos de magnitud, los hombres presentaron tasas más altas de MPPE por causas externas y cardiopatías isquémicas que las mujeres.

Las tendencias de los grupos del estudio de la carga mundial de enfermedad que se observan en la figura 5 muestran pocos cambios en la mortalidad por traumatismos y una disminución constante de la mortalidad por enfermedades transmisibles y no transmisibles en el período de 20 años analizado (2000-2019).

Enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales. En el 2019, las afecciones neonatales fueron la primera causa en general dentro de este grupo, tanto en hombres como en mujeres. Las enfermedades diarreicas, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y la tuberculosis se encuentran entre las cinco causas principales. En las mujeres, las muertes relacionadas con afecciones maternas también son notables (cuadro 2). Del 2000 al 2019 (figura 5), la TMEE correspondiente a la MPPE disminuyó considerablemente, con un cambio

FIGURA 5 Tendencias de la mortalidad evitable por grupo del estudio de la carga mundial de enfermedad, Región de las Américas, 2000-2019



Nota: TME: tasa de mortalidad estandarizada según la edad.

Fuente: OPS.

porcentual anual promedio (CPAP) de -3,5% (IC 95% [-3,7 a -3,4]), la mayor disminución en comparación con las ENT y las causas externas.

Las tasas más bajas y las tendencias decrecientes muestran que la mayoría de los países de la Región han logrado reducir la mortalidad materno-infantil y por enfermedades infecciosas, han avanzado en la eliminación de enfermedades prevenibles mediante vacunación y han mejorado el agua y el saneamiento, entre otros factores. A pesar de los avances, sigue habiendo disparidades entre los países. La meta 3.1 de los ODS es reducir la mortalidad materna a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos para el 2030, para lo cual es necesario que los países aborden los determinantes sociales de la salud y proporcionen a todas las niñas y mujeres el mismo acceso a atención de la salud reproductiva de buena calidad y a intervenciones eficaces.

Las enfermedades del sistema circulatorio en su conjunto (cardiopatías isquémicas y accidentes cerebrovasculares) representan alrededor del 25% de todas las muertes potencialmente evitables en la Región de las Américas

Enfermedades no transmisibles. Las enfermedades del sistema circulatorio en su conjunto (cardiopatías isquémicas y accidentes cerebrovasculares) representan alrededor del 25% de todas las muertes potencialmente evitables en la Región de las Américas (cuadro 2)

CUADRO 2 Cinco causas principales de muerte prematura potencialmente evitable por grupo del estudio de la carga mundial de enfermedad y por sexo, Región de las Américas, 2019

GRUPO DEL ESTUDIO	TOTAL (AMBOS SEXOS)			HOMBRES			MUJERES		
	CAUSA DE MUERTE	MUERTES	TMEE/ (100 000)	CAUSA DE MUERTE	MUERTES	TMEE/ 100 000	CAUSA DE MUERTE	MUERTES	TMEE/ 100 000
Grupo I. Enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales	Afecciones neonatales	86 323	11,0	Afecciones neonatales	48 675	12,2	Afecciones neonatales	37 648	9,8
	Anomalías congénitas	56 242	6,8	Anomalías congénitas	31 073	7,4	Anomalías congénitas	25 169	6,2
	Infección por el VIH/sida	46 762	4,6	Infección por el VIH/sida	31 244	6,2	Infección por el VIH/sida	15 518	3,0
	Enfermedades diarreicas	17 343	1,8	Tuberculosis	10 127	2,0	Enfermedades diarreicas	8 477	1,7
	Tuberculosis	14 766	1,4	Enfermedades diarreicas	8 866	1,9	Afecciones maternas	7 444	1,6
Grupo II. Enfermedades no transmisibles	Cardiopatía isquémica	448 773	37,2	Cardiopatía isquémica	300 177	52,5	Cardiopatía isquémica	148 596	23,2
	Diabetes mellitus	219 180	18,3	Diabetes mellitus	117 959	20,7	Diabetes mellitus: causa principal	101 222	16,1
	Accidente cerebrovascular	184 835	15,5	Accidente cerebrovascular	101 645	17,9	Accidente cerebrovascular	83 190	13,3
	Cáncer de tráquea, bronquios y pulmón	154 444	12,5	Cáncer de tráquea, bronquios y pulmón	88 239	15,1	Cáncer de mama	73 348	12,2
	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	134 083	10,7	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	72 224	12,3	Cáncer de tráquea, bronquios y pulmón	66 205	10,2
Grupo III. Traumatismos	Violencia interpersonal	189 667	19,4	Violencia interpersonal	166 486	34,1	Violencia interpersonal	30 434	6,0
	Traumatismos causados por el tránsito	141 175	13,9	Traumatismos causados por el tránsito	110 741	22,1	Traumatismos causados por el tránsito	23 181	4,7
	Lesiones autoinfligidas	89 503	8,7	Lesiones autoinfligidas	68 613	13,6	Lesiones autoinfligidas	20 890	4,0
	Caídas	28 283	2,5	Caídas	10 849	3,8	Caídas	7 434	1,2
	Ahogamiento	16 775	1,7	Ahogamiento	13 800	2,9	Ahogamiento	2 975	0,6

Tratable

Prevenible

Ambas

Nota: TMEE: tasa de mortalidad estandarizada según la edad.

Fuente: OPS.

La diabetes mellitus se ha convertido en una causa importante de mortalidad en los últimos decenios, a raíz de cambios en los hábitos de consumo de alimentos, la poca actividad física y una mayor prevalencia del sobrepeso y la obesidad

y la mayor proporción de muertes en la mayoría de los países. El análisis de las tendencias del 2000 al 2019 mostró una disminución con un CPAP de -1,2% (IC 95% [-1,4 a -1,1]). Las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes comparten cinco factores de riesgo: consumo de tabaco, consumo nocivo de alcohol, alimentación poco saludable, inactividad física y contaminación del aire. Las encuestas mostraron que entre el 8% y el 30% de la población de la Región tiene hipertensión, importante factor de riesgo de cardiopatías y accidentes cerebrovasculares (45). La diabetes mellitus se ha convertido en una causa importante de mortalidad en los últimos decenios, a raíz de cambios en los hábitos de consumo de alimentos, la poca actividad física y una mayor prevalencia del sobrepeso y la obesidad.

Causas externas. Este grupo de causas prevenibles ha seguido siendo un importante problema de salud en la Región de las Américas

(cuadro 2). El análisis de las tendencias del 2000 al 2019 mostró solo una ligera disminución (CPAP: -0,3%; IC 95% [-0,4 a -0,2]), la menor de los grupos del estudio de la carga mundial de enfermedad. Durante ese período, las tasas de traumatismos causados por el tránsito disminuyeron un poco, los homicidios se mantuvieron estables y los suicidios aumentaron. Los países necesitan con urgencia adoptar políticas multisectoriales para reducir estas tasas de mortalidad. Los niveles altos de muertes por causas externas tienen un impacto negativo en los servicios de salud pública, en particular en los países en desarrollo, donde los recursos ya son escasos. Además, estas muertes se produjeron principalmente en la población joven y en personas en edad de trabajar (de 15 a 49 años), lo cual ocasionó la pérdida anual de años de vida y acortó la esperanza de vida de la población.

La Región de las Américas es una de las regiones del mundo con los niveles más altos de violencia. Según las Naciones Unidas, en el 2017, la Región presentó la mayor proporción de homicidios del mundo (37%), a pesar de que alberga solo el 13% de la población mundial (46). Las tasas mundiales de homicidios están

En el 2017, la Región presentó la mayor proporción de homicidios del mundo (37%), a pesar de que alberga solo el 13% de la población mundial

disminuyendo, pero no con suficiente rapidez para alcanzar las metas pertinentes del ODS 16.⁴

Mortalidad prematura por causas potencialmente prevenibles a lo largo del curso de vida

La distribución etaria de la población determina la prestación de servicios de salud. En los últimos decenios, la transición demográfica, caracterizada por la baja fecundidad y la disminución de las tasas de mortalidad, ha conducido a un aumento de la proporción de personas mayores y, al mismo tiempo, ha disminuido la proporción de la población joven en varios países. El envejecimiento de la población es un factor importante que influye en la modulación de las necesidades de salud, seguridad social y protección social (45). En este contexto, es más necesario que nunca elaborar estrategias que permitan a los sistemas de salud adaptarse a las realidades demográficas y epidemiológicas.

Para capturar las diferencias en la mortalidad evitable a lo largo del curso de vida, los datos de mortalidad se desglosaron por cinco grupos etarios. Como era de esperar, el riesgo de morir por causas evitables varía mucho a lo largo del curso de vida (cuadro 3). En el 2019, las personas mayores, de 65 a 74 años, presentaron la TMEE más alta para las causas de MPPE (1281/100 000; 59% de causas prevenibles y 41% de causas tratables), seguidas de las personas de 40 a 64 años (355/100 000;

⁴ Meta 16.1 de los ODS (reducir significativamente todas las formas de violencia y las correspondientes tasas de mortalidad en todo el mundo) e indicador 16.1.1 conexo (número de víctimas de homicidios intencionales por cada 100 000 habitantes, desglosado por sexo y edad).

El envejecimiento de la población es un factor importante que influye en la modulación de las necesidades de salud, seguridad social y protección social

61% de causas prevenibles y 39% de causas tratables), lactantes y menores de 10 años (110/100 000; 23% de causas prevenibles y 77% de causas tratables), y personas de 20 a 39 años (113/100 000; 19% de causas prevenibles y 81% de causas tratables). El grupo de 10 a 19 años presentó la TMEE más baja (39/100 000; 14% de causas prevenibles y 86% de causas tratables).

En todos los grupos etarios predominaban las causas prevenibles, excepto en menores de 10 años, en quienes las causas tratables predominaban notablemente, lo cual refleja

La Región necesita continuar mejorando la prestación de servicios de salud de calidad, gestionar las condiciones de riesgo y reducir la morbilidad y la mortalidad materna y perinatal

CUADRO 3 Mortalidad prematura potencialmente evitable por sexo y por grupo etario, Región de las Américas, 2000 y 2019

	MORTALIDAD EVITABLE 2019				MORTALIDAD EVITABLE 2000			
	MUERTES	TMEE EVITABLE	TMEE PREVENIBLE	TMEE TRATABLE	MUERTES	TMEE EVITABLE	TMEE PREVENIBLE	TMEE TRATABLE
Sexo								
Total	2 522 755	226,7	137,1	89,6	2 182 516	291,9	170,4	121,5
Hombres	1 551 235	290,2	194,0	96,3	1 329 335	369,2	239,2	130,0
Mujeres	971 520	166,5	83,0	83,5	853 181	220,0	106,2	113,8
Grupo etario por sexo								
De 0 a 9 años	157 225	110,4	15,5	94,9	307 146	205,6	42,9	162,7
Hombres	88 479	121,5	17,2	104,3	172 923	226,9	47,0	179,9
Mujeres	68 746	98,7	13,7	85,0	134 223	183,4	38,7	144,7
De 10 a 19 años	59 676	38,8	34,0	4,8	65 135	43,4	37,4	6,0
Hombres	45 049	57,5	52,8	4,7	47 116	61,9	56,5	5,4
Mujeres	14 627	19,4	14,6	4,8	18 018	24,3	17,7	6,6
De 20 a 39 años	340 037	111,3	91,7	19,6	312 125	122,3	99,3	22,9
Hombres	252 366	164,9	146,6	18,3	228 236	179,7	159,4	20,2
Mujeres	87 671	57,3	36,4	20,8	83 889	65,3	39,7	25,6
De 40 a 64 años	1 081 727	354,8	219,5	135,3	820 313	430,2	262,3	167,8
Hombres	658 625	446,8	305,8	141,0	501 174	541,6	367,7	173,9
Mujeres	423 102	268,4	138,3	130,1	319 139	325,4	163,0	162,4
De 65 a 74 años	884 091	1 281,0	742,7	538,1	677 798	1 716,4	1.000,2	716,2
Hombres	506 716	1 585,5	975,1	610,3	375 885	2 123,9	1 318,7	805,3
Mujeres	377 375	1 018,2	542,1	476,2	297 913	1 378,4	735,8	642,6

Nota: TMEE: tasa de mortalidad estandarizada según la edad.

Fuente: OPS.

la importancia de las causas perinatales, que se incluyen entre las causas tratables. Del 2000 al 2019, las causas prevenibles disminuyeron en un 64% en este grupo etario, y las causas tratables, en un 42%. A pesar de estos avances, la Región necesita continuar mejorando la prestación de

servicios de salud de calidad, gestionar las condiciones de riesgo y reducir la morbilidad y la mortalidad materna y perinatal.

Aunque la mortalidad en menores de 1 año está disminuyendo en la Región, las afecciones que tienen origen en el período neonatal

Las afecciones que tienen origen en el período neonatal y las anomalías congénitas siguen siendo las principales causas de muerte en menores de 10 años

y las anomalías congénitas siguen siendo las principales causas de muerte en menores de 10 años (61/100 000 y 32/100 000, respectivamente). Las enfermedades diarreicas, que están relacionadas con la falta de agua potable y saneamiento y para las cuales hay muchas intervenciones basadas en la evidencia por medio de la atención primaria de salud (APS), ocuparon el tercer lugar (61/100 000). La mortalidad por causas externas representó el 74% de las muertes entre los 10 y 19 años y el 56% de las muertes entre los 20 y 39 años. La violencia interpersonal (homicidios) afecta a ambos grupos etarios de manera desproporcionada, seguida de los traumatismos causados por el tránsito y las lesiones autoinfligidas. Cabe destacar que los homicidios fueron la primera causa de muerte de hombres y mujeres adolescentes y jóvenes. Sin embargo, los hombres presentaron tasas más altas (1,7 veces más altas que las mujeres de 10 a 19 años y 8,6 veces más altas que el grupo de 20 a 39 años). Las ENT crónicas ocupan el primer lugar entre los grupos de 40 a 64 años y mayores de 65 años. Las cardiopatías isquémicas, la diabetes mellitus, los accidentes cerebrovasculares, el cáncer de tráquea, bronquios y pulmón, y la enfermedad pulmonar

Los homicidios fueron la primera causa de muerte de hombres y mujeres adolescentes y jóvenes

obstructiva crónica son las cinco causas principales de muerte en ambos grupos etarios.

El análisis de tendencias mostró una disminución de la mortalidad en todos los grupos etarios en los últimos 20 años (del 2000 al 2019), con marcadas diferencias entre ellos. La mayor disminución se produjo en menores de 10 años (CPAP -3,2%; IC 95% [-3,7 a -2,8]), seguidos de las personas del grupo de 65 a 74 años (CPAP -1,5%; IC 95% [-1,8 a -1,3]). Las personas del grupo de 40 a 64 años presentaron un cambio porcentual anual promedio inferior al promedio de la Región de las Américas (CPAP -1,0%; IC 95% [-1,82 a -0,8]). Se observaron ligeras disminuciones en la población infantil y adolescente de 10 a 19 años (CPAP -0,6%; IC 95% [-1,1 a 0,0]) y en la población adulta de 20 a 39 años (CPAP -3,2%; IC 95% [-3,7 a -2,8]), en la cual las causas externas siempre han contribuido mucho a la mortalidad evitable en ambos sexos.

Mortalidad prematura potencialmente evitable por subregión

El riesgo de morir prematuramente por una causa potencialmente evitable varió mucho entre subregiones (cuadro 4) y países (cuadro 5) de la Región.

CUADRO 4 Las cinco causas principales de muerte prematura potencialmente evitable en la Región de las Américas y sus subregiones, 2019

REGIÓN O SUBREGIÓN	CAUSA DE MUERTE	TMEE/(100 000)
Región de las Américas	Cardiopatía isquémica	37,2
	Violencia interpersonal	19,4
	Diabetes mellitus	18,3
	Accidente cerebrovascular	15,5
	Traumatismos causados por el tránsito	13,9
América del Norte	Cardiopatía isquémica	35,7
	Consumo de drogas	20,2
	Cáncer de tráquea, bronquios y pulmón	17,2
	Lesiones autoinfligidas	13,9
	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	12,9
México	Diabetes mellitus	63,0
	Cardiopatía isquémica	40,8
	Violencia interpersonal	25,5
	Accidente cerebrovascular	14,3
	Traumatismos causados por el tránsito	12,4
Caribe latino	Cardiopatía isquémica	71,4
	Accidente cerebrovascular	45,9
	Afecciones neonatales	31,2
	Traumatismos causados por el tránsito	28,5
	Diabetes mellitus	23,2
Zona andina	Violencia interpersonal	30,4
	Cardiopatía isquémica	30,0
	Traumatismos causados por el tránsito	19,2
	Diabetes mellitus	16,7
	Accidente cerebrovascular	14,9
Brasil	Cardiopatía isquémica	39,9
	Violencia interpersonal	32,2
	Accidente cerebrovascular	25,0
	Diabetes mellitus	17,1
	Traumatismos causados por el tránsito	14,7
Centroamérica	Violencia interpersonal	39,4
	Cardiopatía isquémica	37,5
	Diabetes mellitus	34,5
	Otras enfermedades renales crónicas	22,7
	Accidente cerebrovascular	20,5

CUADRO 4 Las cinco causas principales de muerte prematura potencialmente evitable en la Región de las Américas y sus subregiones, 2019
(continuada)

REGIÓN O SUBREGIÓN	CAUSA DE MUERTE	TMEE/(100 000)
Cono Sur	Cardiopatía isquémica	31,0
	Accidente cerebrovascular	17,5
	Traumatismos causados por el tránsito	14,5
	Cáncer de tráquea, bronquios y pulmón	12,5
	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	11,8
Caribe no latino	Cardiopatía isquémica	43,3
	Diabetes mellitus	42,9
	Accidente cerebrovascular	36,2
	Violencia interpersonal	32,7
	Infección por el VIH/sida	22,0

Nota: TMEE: tasa de mortalidad estandarizada según la edad.

Fuente: OPS.

CUADRO 5 Mortalidad prematura potencialmente evitable por subregión y por país, Región de las Américas, tendencia en el período 2000-2019

REGIÓN/PAÍS	MORTALIDAD PREMATURA POTENCIALMENTE EVITABLE 2019			MORTALIDAD PREMATURA POTENCIALMENTE EVITABLE 2000			TREND		
	MUERTES	TMEE/ 100 000 EVITABLE	TMEE/ 100 000 PREVENIBLE	TMEE/ 100 000 TRATABLE	MUERTES	TMEE/ 100 000 EVITABLE	TMEE/ 100 000 PREVENIBLE	TMEE/ 100 000 TRATABLE	CPAP
Región de las Américas	2 522 755	226,7	137,1	89,6	2 182 516	291,9	170,4	121,5	-1,3*
América del Norte	963 036	194,8	128,5	66,3	794 934	232,0	144,3	87,8	-1,0*
Canadá	68 634	125,6	80,9	44,7	63 177	178,0	109,6	68,4	-1,8*
Estados Unidos de América	894 402	203,1	134,2	68,9	731 757	238,2	148,2	89,9	-0,9*
México	298 328	254,5	137,1	117,4	210 194	280,9	146,7	134,2	-0,5
Caribe latino	125 336	379,5	209,0	170,5	112 752	457,7	271,3	186,3	-1,0*
Cuba	34 545	210,9	125,2	85,7	28 440	252,0	147,1	104,9	-0,8*
República Dominicana	36 985	380,0	219,8	160,2	25 600	371,3	223,9	147,4	0,2
Haití	53 806	606,5	314,2	292,3	58 712	877,8	526,9	350,9	-2,0*
Zona andina	292 897	218,1	127,9	90,2	290 964	324,0	191,1	133,0	-2,1*
Bolivia (Estado Plurinacional de)	30 883	317,1	153,7	163,4	34 889	472,5	224,6	247,9	-2,1*
Colombia	92 244	183,7	113,2	70,5	110 354	340,9	226,8	114,2	-3,2*
Ecuador	30 432	194,2	102,0	92,2	29 317	290,0	152,8	137,2	-2,0*

CUADRO 5 Mortalidad prematura potencialmente evitable por subregión y por país, Región de las Américas, tendencia en el período 2000-2019 (continuada)

REGIÓN/PAÍS	MORTALIDAD PREMATURA POTENCIALMENTE EVITABLE 2019			MORTALIDAD PREMATURA POTENCIALMENTE EVITABLE 2000			TREND		
	MUERTES	TMEE/ 100 000 EVITABLE	TMEE/ 100 000 PREVENIBLE	TMEE/ 100 000 TRATABLE	MUERTES	TMEE/ 100 000 EVITABLE	TMEE/ 100 000 PREVENIBLE	TMEE/ 100 000 TRATABLE	CPAP
Perú	48 490	153,7	83,3	70,3	55 005	257,2	135,7	121,5	-2,7*
Venezuela (República Bolivariana de)	90 848	337,9	213,6	124,3	61 398	330,2	197,4	132,8	0,1
Brasil	547 629	249,0	149,4	99,6	503 159	351,9	201,0	150,9	-1,8*
Centroamérica	120 439	293,8	170,1	123,7	98 432	344,8	203,5	141,3	-0,8*
Belice	1 004	327,8	204,4	123,4	690	432,8	249,2	183,6	-1,4*
Costa Rica	8 360	155,9	87,4	68,4	6 248	200,1	113,2	86,9	-1,4*
El Salvador	18 395	312,4	200,0	112,5	17 060	347,2	229,8	117,4	-0,5
Guatemala	44 956	348,0	202,5	145,4	37 994	417,4	250,2	167,2	-0,9*
Honduras	26 272	381,2	231,7	149,5	19 834	422,4	258,4	164,0	-0,7
Nicaragua	13 583	272,4	129,9	142,5	10 766	308,6	150,2	158,5	-0,6*
Panamá	7 868	195,7	108,4	87,3	5 840	232,9	124,0	108,8	-1,0*
Cono Sur	152 048	191,0	106,3	84,8	150 902	261,6	145,2	116,4	-1,6*
Argentina	96 888	203,0	112,0	91,0	100 941	278,4	152,4	126,0	-1,6*
Chile	30 364	139,1	79,1	60,0	27 961	200,3	119,0	81,3	-2,1*
Paraguay	15 744	263,4	140,1	123,4	12 035	295,8	154,1	141,7	-0,5*
Uruguay	9 053	218,0	133,3	84,7	9 966	266,4	150,4	116,0	-1,1*
Caribe no latino	23 042	322,4	172,7	149,8	21 180	417,6	231,1	186,5	-1,4*
Antigua y Barbuda	215	197,8	81,4	116,4	165	274,6	125,5	149,1	-1,5*
Bahamas	1 300	324,5	171,5	153,0	1.102	443,9	291,8	152,1	-1,6*
Barbados	781	198,5	88,6	109,8	776	281,5	162,5	118,9	-1,8*
Granada	372	312,2	138,7	173,5	283	303,8	153,6	150,2	0,2
Guyana	4 393	614,6	326,9	287,7	3.764	708,0	370,0	338,0	-0,8*
Jamaica	8 326	284,5	159,3	125,2	7 497	338,8	199,9	138,9	-0,9
Santa Lucía	551	284,7	144,9	139,8	390	322,1	168,0	154,0	-0,5
San Vicente y las Granadinas	347	298,0	160,3	137,7	332	389,4	212,0	177,4	-1,4*
Suriname	2 144	392,4	206,5	185,9	1 787	466,7	261,8	204,9	-0,9*
Trinidad y Tabago	4 613	287,2	153,9	133,3	5 083	473,3	236,8	236,5	-2,7*

* Estadísticamente significativo.

Nota: CPAP: cambio porcentual anual promedio; TMEE: tasa de mortalidad estandarizada según la edad.

Fuente: OPS.

Las nuevas vacunas y tecnologías por lo general se introducen primero en los países de ingresos más altos, lo cual plantea desafíos para la cobertura en los países de ingresos bajos

En América del Norte y el Cono Sur, las tasas fueron inferiores al promedio regional. La tasa de la zona andina se acercó mucho al promedio regional. En cuanto a los países, la mayoría presentó tasas superiores al promedio regional (20 países, 60%).

Esta gran diferencia entre subregiones y países es un indicio de las desigualdades en materia de salud. Por ejemplo, aunque los programas de inmunización están bien afianzados en la mayoría de los países de la Región de las Américas, las nuevas vacunas y tecnologías por lo general se introducen primero en los países de ingresos más altos, lo cual plantea desafíos para la cobertura en los países de ingresos bajos. En el 2018, la cobertura en menores de 1 año con la vacuna antineumocócica conjugada, cuya inclusión en el esquema de vacunación responde a una recomendación relativamente nueva, fue del 96% en Costa Rica, el 92% en Estados Unidos de América, el 44% en Jamaica y el 12% en Haití (47).

América del Norte

Los datos de mortalidad de América del Norte revelaron nuevos desafíos y la necesidad de fortalecer la agenda de salud mental a nivel

nacional y regional. En el 2019, los trastornos por consumo de drogas ocuparon el segundo lugar entre las causas generales de muerte prematura evitable (20/100 000) en la subregión y el segundo en Estados Unidos (22/100 000 en general; 28/100 000 en los hombres y 15/100 000 en las mujeres). En una encuesta realizada en Estados Unidos por los Institutos Nacionales de Salud se observó que alrededor del 10% de la población adulta de Estados Unidos ha tenido un trastorno por consumo de drogas en algún momento de su vida (48). En Canadá, estos trastornos fueron la cuarta causa de muerte (9/100 000 en total; 12/100 000 en los hombres y 5/100 000 en las mujeres). Este problema de salud está incluido en la Agenda 2030 y en los ODS relacionados con la salud, como la meta 3.5 (fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol).

América del Norte es la única subregión donde el cáncer de tráquea, bronquios y pulmón, así como el suicidio, se encuentran entre las principales causas de muerte evitable (17/100 000 y 14/100 000, respectivamente). La tasa de mortalidad por suicidio estandarizada según la edad en América del Norte es 1,5 veces el promedio regional (9/100 000 en el 2019). Los suicidios son resultados prevenibles e indeseables de los problemas de salud mental. Más del 90% de las víctimas de suicidio tienen un problema de salud mental crónico diagnosticable, como depresión y trastornos por consumo de sustancias psicoactivas (48). La prevalencia estimada de los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias psicoactivas en un período de 12 meses en la Región oscila entre

el 18,7% y el 24,2%. En el caso de los trastornos de ansiedad, la variación es del 9,3% al 16,1%; en el caso de los trastornos afectivos, del 7,0% al 8,7%; para los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, del 3,6% al 5,3% (48).

México

La diabetes mellitus es la principal causa de muerte evitable en México, tanto en los hombres como en las mujeres. En el 2019, la TMEE fue de 63/100 000 en general, de 71/100 000 en los hombres y de 56/100 000 en las mujeres. Estas tasas fueron las más altas de la Región de las Américas y más del doble que cualquier otra subregión. Eso significa que la diabetes es un importante problema de salud pública en el país que requiere un enfoque de APS para prevenirla y manejarla. Las cardiopatías isquémicas, la violencia interpersonal, los accidentes cerebrovasculares y los traumatismos causados por el tránsito completan la lista de las cinco causas principales de muerte en México.

A diferencia de las tendencias observadas en la Región de las Américas y en las subregiones, la mortalidad evitable en México se mantuvo estable (los cambios no fueron estadísticamente significativos) y la TMEE aumentó poco (de 281/100 000 en el 2000 a 298/100 000 en el 2019) en el período estudiado. México ha registrado mejoras en los resultados de salud y las condiciones de vida, pero el aumento de las tasas de mortalidad por diabetes y violencia interpersonal han ralentizado estas mejoras (49).

Caribe latino

Los datos del 2019 muestran que esta subregión tuvo las tasas de mortalidad evitable

más altas de la Región de las Américas por cardiopatías isquémicas (71/100 000 en general, 89/100 000 en los hombres y 56/100 000 en las mujeres) y accidentes cerebrovasculares (46/100 000 en general, 48/100 000 en los hombres y 45/100 000 en las mujeres). En la subregión, las personas de Haití presentan el mayor riesgo de morir prematuramente por cardiopatías isquémicas (115/100 000) y accidentes cerebrovasculares (100/100 000). En Haití, la tasa de mortalidad por cardiopatía isquémica en el 2019, estandarizada según la edad, fue el triple de la Región y la segunda más alta de todos los países.

Cabe destacar que el Caribe latino es la única subregión donde las afecciones neonatales se encuentran entre las cinco causas principales de muerte evitable (31,2/100 000). Este grupo de enfermedades fue particularmente importante en Haití y República Dominicana, pero fue poco importante en Cuba (3,8/100 000). La Región de las Américas alcanzó el objetivo 4 de los ODS debido a una reducción del 67% de la tasa de mortalidad en menores de 5 años entre 1990 y el 2015, pero este logro no se alcanzó por igual en todos los países de la Región. Las intervenciones para eliminar estas causas de muerte y enfermedad son bien conocidas, son costo-eficaces y están al alcance de la mayoría de los países. La meta propuesta en los ODS para la mortalidad infantil es poner fin a las muertes prevenibles en recién nacidos y menores de 5 años para el 2030, con una reducción de la mortalidad neonatal en todos los países a 12 muertes por 1000 nacidos vivos y de la mortalidad en menores de 5 años a 25 muertes por 1000 nacidos vivos.

La subregión experimentó una disminución de la MPPE entre el 2000 y el 2019. El CPAP fue significativo, de -1,0 (IC 95% [-1,1 a -0,9]), excepto en República Dominicana, donde la MPPE no presentó una disminución significativa.

Zona andina

En el 2019, el homicidio compartió el primer lugar entre las principales causas de muerte evitable a nivel poblacional (30,4/100 000). El riesgo de que los hombres mueran por homicidio (56/100 000) fue 10 veces mayor que el de las mujeres (5,5/100 000). La República Bolivariana de Venezuela fue el país con las tasas de homicidios más altas (64/100 000 en general; 123/100 000 en los hombres y 8/100 000 en las mujeres), seguida de Colombia (37/100 000 en general; 69/100 000 en los hombres y 6,8/100 000 en las mujeres). Del 2000 al 2019, las tasas de homicidios en Colombia disminuyeron 2,6 veces (de 98/100 000 en general en el 2000 a 37/100 000 en el 2019) como consecuencia de la aplicación de políticas eficaces. En cambio, aumentaron en la República Bolivariana de Venezuela, donde la TMEE era de 44/100 000 en el 2000.

Las cardiopatías isquémicas fueron la segunda causa principal de muerte evitable en la zona andina en el 2019 (30/100 000) y la causa principal en el Estado Plurinacional de Bolivia (46/100 000). Los traumatismos causados por el tránsito, la diabetes mellitus y los accidentes cerebrovasculares completan las cinco causas principales de muerte evitable.

En el período 2000-2019, la mortalidad evitable disminuyó en la subregión, con un CPAP superior al promedio regional

(CPAP -2,1%; IC 95% [-1,8 a -1,4]), así como en todos los países de la subregión, excepto la República Bolivariana de Venezuela, que no mostró una disminución significativa.

Brasil

Al igual que en otros países y subregiones, las cardiopatías isquémicas son la causa principal de muerte prematura evitable en Brasil, con una TMEE más alta en los hombres que en las mujeres (40/100 000 en ambos sexos; 56/100 000 en los hombres y 26/100 000 en las mujeres). La violencia interpersonal ocupa el segundo lugar, aunque, cuando se desglosa por sexo, es la causa que más contribuye a la TMEE en los hombres (32/100 000 para ambos sexos; 59/100 000 en los hombres y 6/100 000 en las mujeres).

Como se muestra en el cuadro 4, los accidentes cerebrovasculares, la diabetes mellitus y los traumatismos causados por el tránsito completan las cinco causas principales de mortalidad evitable a nivel poblacional. En las mujeres, las causas principales son las cardiopatías isquémicas (26/100 000), los accidentes cerebrovasculares (20/100 000), la diabetes mellitus (15/100 000), el cáncer de mama (13/100 000) y las afecciones neonatales (10/100 000).

Una tendencia observada en la Región de las Américas es el aumento de la propiedad de vehículos automotores, que está vinculada a una mayor urbanización. En consecuencia, caminar y andar en bicicleta se han vuelto más peligrosos. Los usuarios de las carreteras, los peatones, los motociclistas y los ciclistas representaron el 45% de todas las muertes

causadas por el tránsito en la Región (45). En Brasil, el número de motociclistas ha aumentado en los últimos decenios. Los estudios muestran que, como resultado, las muertes de motociclistas y peatones han aumentado con celeridad (50). Aunque las muertes causadas por el tránsito han disminuido en Brasil, las estimaciones indican que, al ritmo actual, el país no alcanzará la meta de los ODS relacionada con la reducción de estas muertes (50).⁵ La urbanización también conduce a una mayor contaminación del aire, que está vinculada a la mortalidad por enfermedades cardiovasculares y respiratorias, así como al cáncer de pulmón (51).

Las tendencias de la mortalidad evitable han estado disminuyendo en Brasil. Del 2000 al 2019, el país presentó un CPAP superior al promedio regional (CPAP -1,8%; IC 95% [-2,0 a -1,7]).

Centroamérica

En el 2019, la principal causa de muerte evitable para ambos sexos en esta subregión diversa fue la violencia interpersonal (39,4/100 000), tasa que fue casi el doble de la observada a nivel regional. En el 2019, El Salvador (85/100 000) y Honduras (75/100 000) registraron las tasas de homicidios más altas de la subregión (y de la Región). Si bien las tasas de homicidios fueron más altas en los hombres, las tasas correspondientes a las mujeres también fueron altas. En el 2019, la tasa de homicidios en El Salvador fue de 85/100 000 en general, pero de 127/100 000 en los hombres y de 48/100 000 en las mujeres. En Honduras fue de 79/100 000 (120/100 000 en los hombres y 40/100 000 en las mujeres).

⁵ Meta 3.6 de los ODS: De aquí a 2020, reducir a la mitad el número de muertes y traumatismos causados por el tránsito en el mundo.

Los países con la mayor desigualdad de ingresos tienden a tener tasas de homicidio más altas que los países con menos desigualdad. Según datos de las Naciones Unidas, la violencia causada por pandillas y la delincuencia organizada contribuyen notablemente a la mortalidad en Centroamérica (46). El alcohol y las drogas también contribuyen a la violencia y los homicidios. Se recomienda hacer análisis más profundos en colaboración con otros sectores para comprender mejor las raíces de la violencia y ejecutar o ampliar los programas de prevención (46).

Centroamérica es la única subregión donde las enfermedades renales crónicas figuran entre las cinco causas principales de mortalidad. Estas enfermedades se consideran como un problema de salud pública de importancia cada vez mayor que afecta a las comunidades agrícolas de la subregión. Su etiología se comprende bien, pero no ha sido comprobada por completo. Están relacionadas con factores ambientales y ocupacionales, como el uso indebido de productos agroquímicos, la exposición a temperaturas altas y la ingesta insuficiente de agua (45).

Las tendencias de la mortalidad evitable han ido disminuyendo en esta subregión, aunque a un ritmo lento en comparación con el promedio regional. Del 2000 al 2019, el CPAP para Centroamérica fue de -0,8 (IC 95% [-1,0 a -0,7]).

Caribe no latino

Las principales causas de muerte evitable para ambos sexos en esta subregión fueron las cardiopatías isquémicas, la diabetes mellitus, los accidentes cerebrovasculares, la violencia interpersonal y la infección por el VIH/sida. El

Caribe no latino es la única subregión donde la infección por el VIH/sida se encuentra entre las cinco causas principales de mortalidad evitable. Esta subregión presentó las tasas de mortalidad más altas de la Región de las Américas (22/100 000 en general; 30/100 000 en los hombres y 14/100 000 en las mujeres). La Región ha mejorado el control de la epidemia de la infección por el VIH, con reducciones del número de nuevas infecciones y muertes. Sin embargo, los datos recientes muestran que más de un tercio de las nuevas infecciones en personas adultas se encuentra en la población joven (de 15 a 24 años) y dos tercios corresponden a hombres jóvenes. Por lo tanto, la infección por el VIH sigue siendo un importante problema de salud pública en la Región que influye en la morbilidad y la mortalidad. Los datos muestran que el Caribe no latino se ve especialmente afectado. Jamaica (26/100 000 en general; 42/100 000 en los hombres y 11/100 000 en las mujeres) y Suriname (24/100 000 en general; 38/100 000 en los hombres y 15/100 000 en las mujeres) son los países más afectados de la subregión.

La violencia interpersonal también ha incidido en la subregión. La tasa de homicidios en Jamaica es la cuarta más alta de la Región de las Américas (43/100 000 en general; 68/100 000 en los hombres y 20/100 000 en las mujeres).

Las tendencias de la mortalidad evitable han estado disminuyendo en esta subregión. Del 2000 al 2019, el CPAP fue de -1,4 (IC 95% [-1,8 a -1,0]). La mayor disminución se observó en Trinidad y Tabago (CPAP -2,7; IC 95% [-2,8 a -2,5]).

No se observó una disminución significativa en Granada, Jamaica y Santa Lucía.

Cono Sur

Esta subregión presentó una TMEE menor que el promedio de la Región de las Américas, aunque con importantes diferencias entre los países. Por ejemplo, Chile tiene la tasa más baja, que es casi la mitad de la de Paraguay. Las cinco causas principales de muerte evitable para ambos sexos en esta subregión son las cardiopatías isquémicas, los accidentes cerebrovasculares, los traumatismos causados por el tránsito, el cáncer de tráquea, bronquios y pulmón, y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. El consumo de tabaco es un factor de riesgo de varias enfermedades, como el cáncer de pulmón, las enfermedades respiratorias crónicas, las cardiopatías y los accidentes cerebrovasculares. El consumo de tabaco ha sido un importante problema de salud pública en el Cono Sur. La prevalencia actual del consumo de tabaco en la población joven es especialmente preocupante. En una encuesta de estudiantes de 13 a 15 años se observó que la prevalencia más alta de consumo actual de tabaco correspondía a los países del Caribe no latino (45). El consumo de tabaco también representa una grave amenaza para la salud de la población adulta e infantil expuesta al humo de tabaco. La aplicación de políticas de control del tabaco tendrá un efecto positivo en la reducción de la mortalidad evitable en esta subregión.

Las tendencias de la mortalidad evitable han estado disminuyendo en esta subregión. Del 2000 al 2019, el CPAP fue de -1,6 (IC 95% [-2,1 a -1,2]). Chile registró una disminución más rápida (CPAP -2,1; IC 95% [-2,4 a -1,8]), y más rápida incluso que el promedio regional.



Las desigualdades sociales en la mortalidad prematura potencialmente evitable

Si bien cada muerte prematura potencialmente evitable representa un desafío para los sistemas de salud, esto se agrava cuando se tiene en cuenta la distribución desigual de estas muertes a raíz de la distribución desigual del poder, los recursos, la riqueza y, por lo tanto, las oportunidades para llevar una vida sana, productiva y gratificante (22, 33, 52-54).

La inequidad en la salud —desigualdades injustas y evitables— es una peculiaridad de la

Región de las Américas. Es una consecuencia de la inequidad social que ha caracterizado a la Región y que ya ha sido documentada en *Salud en las Américas* (45, 55-57), así como en otras publicaciones emblemáticas importantes de organizaciones regionales (58-64), más recientemente en el Informe de la Comisión sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas de la Organización Panamericana de la Salud, *Sociedades justas: equidad en la salud y vida digna* (65).

La inequidad en la salud —desigualdades injustas y evitables— es una peculiaridad de la Región de las Américas

En este capítulo se explican la magnitud y las tendencias de las desigualdades en la MPPE en la Región, usando el nivel de desarrollo sostenible en la Región de las Américas como estratificador, con una metodología estandarizada basada en el enfoque de los determinantes sociales de la salud recomendada por la OMS y la OPS (66).

La equidad en la salud implica que cada persona tiene la oportunidad de alcanzar su pleno potencial de salud y que ninguna persona queda excluida o desfavorecida para alcanzar ese potencial debido a su posición social o a otras circunstancias determinadas socialmente (67, 68).

En el modelo conceptual de los determinantes sociales y ambientales de la salud (DSAS), la posición social (definida por la distribución del poder, la riqueza y los recursos) determina la desigualdad de la salud de la población (69). Las inequidades sociales se expresan en resultados diferenciales en términos de producción, preservación y recuperación de la salud (69). Para medir las desigualdades se necesita un indicador socioeconómico común que represente los DSAS, es decir, el estratificador de la equidad o la dimensión de desigualdad. Este indicador se usa para ordenar a los países de los más desfavorecidos socioeconómicamente a los más

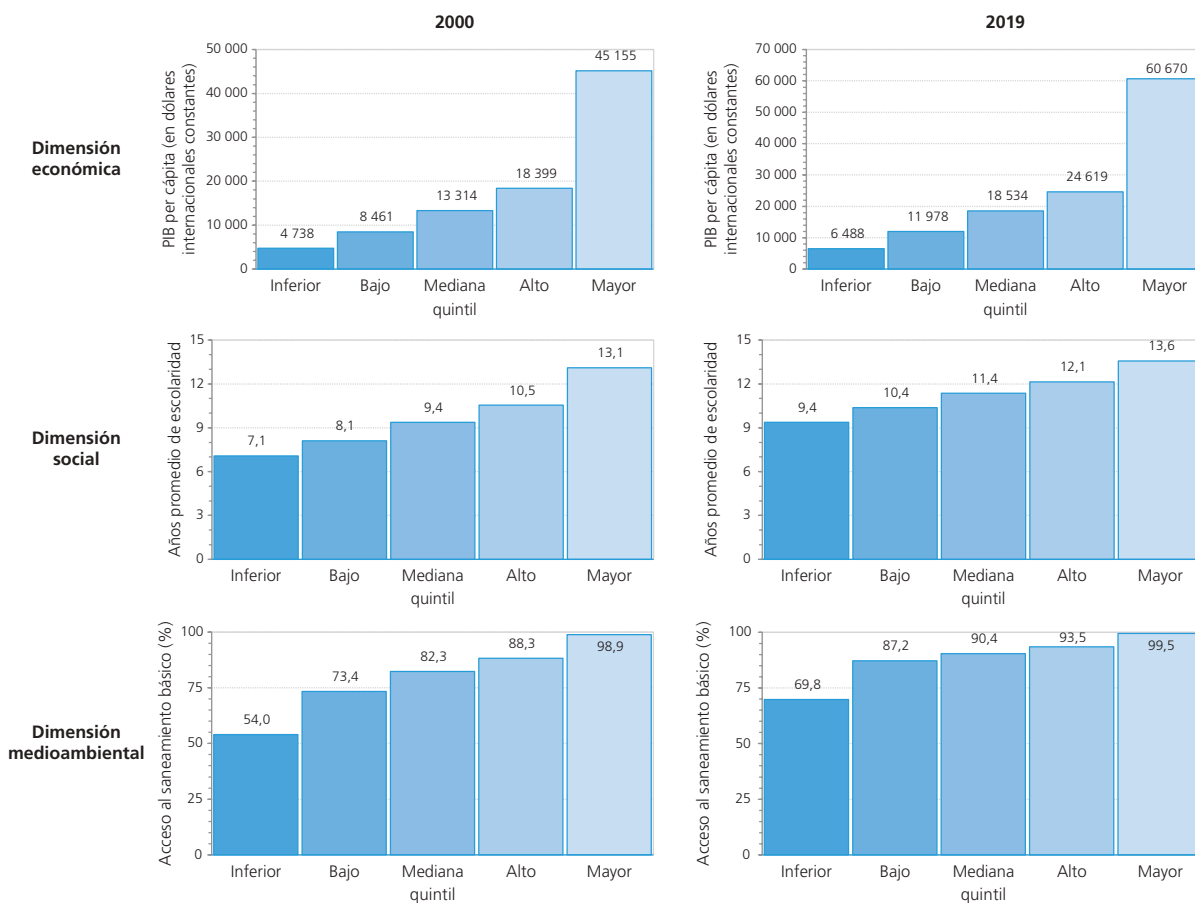
favorecidos. De esta forma se analiza la equidad distributiva de la MPPE, se describe el patrón y la magnitud de su desigualdad, y se la resume en parámetros de medición estandarizados.

Las tres dimensiones del desarrollo sostenible —económica, social y ambiental— se caracterizan por una marcada desigualdad distributiva en la Región de las Américas, que genera gradientes poblacionales y territoriales muy claros. En la figura 6 se ilustra esta situación con tres indicadores sustitutos estandarizados para estas dimensiones —producto interno bruto (PIB) per cápita promedio, años de escolaridad en promedio a los 25 años y cobertura del acceso a servicios de saneamiento básico— en los países de la Región en el 2000 y el 2019.

Sobre la base de los tres indicadores sustitutos de las dimensiones del desarrollo, se elaboró el IDS como estratificador para el análisis de las desigualdades en la distribución regional de la MPPE.

**La equidad en la salud
implica que cada persona
tiene la oportunidad de
alcanzar su pleno potencial
de salud y que ninguna
persona queda excluida o
desfavorecida para alcanzar
ese potencial debido a su
posición social o a otras
circunstancias determinadas
socialmente**

FIGURA 6 Gradientes económicos, sociales y ambientales de los países, según los quintiles del producto interno bruto promedio per cápita, el promedio de años de escolaridad cumplidos y la cobertura de acceso a servicios de saneamiento básico, respectivamente, Región de las Américas, 2000 y 2019



Nota: PIB: producto interno bruto.

Fuente: OPS.

Medición de las desigualdades sociales en la mortalidad prematura potencialmente evitable

Se utilizan dos parámetros estandarizados resumidos para presentar las desigualdades en la MPPE, su intensidad, dirección y cambio a lo largo del tiempo: el IDP y el ICDS (66, 70).

Ambos parámetros de medición resumen la magnitud de la desigualdad distributiva del riesgo absoluto de MPPE (expresado como tasa estandarizada según la edad) en el gradiente social definido por el IDS de los países de la Región para un año dado. El IDP expresa, en términos absolutos, el exceso de mortalidad regional que existe en ese gradiente social

al pasar de la posición de menor desarrollo sostenible a la de mayor desarrollo sostenible. El ICDS expresa, en términos relativos, la falta de proporcionalidad en la distribución de la carga de mortalidad regional en el gradiente social del desarrollo sostenible. En ambos parámetros, un valor más cercano a cero refleja menos desigualdad en la MPPE. En el recuadro

1 se brinda una síntesis de la metodología para medir las desigualdades sociales en la MPPE, que se aplica en este capítulo a los 33 países sobre los cuales hay datos completos acerca de la dimensión de salud (es decir, MPPE) y de las tres dimensiones del desarrollo sostenible para el estratificador social (es decir, el IDS) y la ponderación poblacional.

RECUADRO 1 Medición de las desigualdades sociales en la mortalidad prematura potencialmente evitable: aspectos metodológicos básicos

Para medir la desigualdad social en la mortalidad prematura potencialmente evitable (MPPE) en los países de la Región de las Américas correspondiente a un año dado, se necesita, en principio, una tabla de datos con cuatro columnas: las clases o unidades de análisis (es decir, los países), el tamaño de las clases (es decir, la población de base), el estratificador de la equidad (es decir, el índice de desarrollo sostenible o IDS) y la tasa específica de MPPE para ese año. Los datos de la tabla se ordenan según la distribución del estratificador de la equidad, del país con el IDS más bajo al país con el IDS más alto. A partir de esta configuración se calculan el índice de desigualdad basado en la pendiente (IDP) y el índice de concentración de la desigualdad en la salud (ICDS), los dos parámetros de desigualdad resumidos que se usan en este ejercicio. Estos parámetros complejos corresponden a los llamados parámetros de gradiente de desigualdad porque se determinan de acuerdo con la información de todas las unidades de análisis, así como su tamaño relativo, lo cual les da el atributo de la solidez.

El IDP, o índice de la desigualdad angular, se obtiene mediante la regresión de las tasas de MPPE sobre la posición social relativa de los países en el gradiente de desarrollo sostenible. Corresponde, como su nombre lo indica, al parámetro o coeficiente de regresión que identifica su pendiente (el cambio absoluto en la tasa de MPPE por unidad de cambio en la posición social relativa). Cada país tiene un valor único de posición social relativa, situado entre 0 (más desfavorecido) y 1 (menos desfavorecido). Este valor se define en función de su IDS y el tamaño de la población con respecto al conjunto regional, y se obtiene de las frecuencias relativas acumuladas de la población. Para controlar el efecto de la heterocedasticidad introducida por la diferencia de tamaño de las unidades de análisis, se ejecuta una regresión ponderada de mínimos cuadrados; para controlar el efecto de los rendimientos decrecientes o la utilidad marginal de la mejora de la posición social en la reducción de la mortalidad, se aplica una transformación logarítmica a las tasas de MPPE.

RECUADRO 1 Medición de las desigualdades sociales en la mortalidad prematura potencialmente evitable: aspectos metodológicos básicos *(continuada)*

Un IDP igual a 0 (pendiente horizontal) indica equidistribución (es decir, ausencia de desigualdad), mientras que un IDP con signo negativo indica un exceso de MPPE en los países con un desarrollo sostenible menor (es decir, una distribución a favor de los países más ricos).

El ICDS es un valor relativo que oscila entre -100 y +100 e indica el grado de desproporcionalidad en la distribución de la carga de mortalidad en todo el gradiente social de la población. Este índice se determina a partir de las frecuencias relativas acumuladas de la población y la carga de mortalidad prematura potencialmente evitable. Corresponde al área entre la curva de concentración (resultante de la comparación de ambas frecuencias relativas acumuladas) y la diagonal de proporcionalidad como porcentaje del área total. Un ICDS igual a cero (diagonal) indica equidistribución (es decir, ausencia de desigualdad), mientras que un ICDS con signo negativo indica una concentración desproporcionada de la carga de MPPE en los países con un desarrollo sostenible menor (es decir, una distribución a favor de los países más ricos).

Fuente: OPS.

Estado actual de la desigualdad en la mortalidad prematura potencialmente evitable

En el 2019, el año más reciente de la serie cronológica sobre el cual hay datos de mortalidad, y como se muestra en el capítulo anterior, la Región de las Américas alcanzó una tasa promedio de 227 muertes prematuras potencialmente evitables por 100 000 personas menores de 75 años. Ese mismo año, la magnitud de la desigualdad absoluta (resumida en el IDP) fue de -127,6, cifra que indica un exceso de MPPE equivalente a 128 muertes por 100 000 personas menores de 75 años (IC 95% [-142,8 a -92,4]) a lo largo del gradiente social definido por el nivel de desarrollo sostenible de los países (del IDS más

bajo al más alto). El ICDS fue de -10,3 (IC 95% [-12,3 a -8,4]), lo que indica una concentración moderadamente desproporcionada de la carga de MPPE en los países con un desarrollo sostenible menor (cuadro 6).

De hecho, ese año, la tasa de MPPE fue de 382,1/100 000 en el quintil de países con el IDS más bajo y de 192,9/100 000 en el quintil con el IDS más alto (cuadro 7).

La desigualdad regional en cuanto a la MPPE no está distribuida de manera homogénea a lo largo del curso de vida, sino que reproduce patrones diferenciados. Por un lado, como muestra el cuadro 7, la desigualdad absoluta y la desigualdad relativa generan gradientes inversos en todos los grupos etarios analizados,

CUADRO 6 Tasas promedio de mortalidad prematura potencialmente evitable y su desigualdad absoluta y relativa en el gradiente de desarrollo sostenible entre los países ($n = 3$), por sexo y grupo etario, Región de las Américas, 2000-2019

AÑO	TASA PROMEDIO	LI	LS	IDP	LI	LS	ICDS	LI	LS
2000	293,5	293,1	293,9	-193,6	-205,1	-169,0	-11,8	-13,7	-9,8
2001	289,6	289,2	289,9	-186,6	-198,8	-160,6	-11,5	-13,5	-9,6
2002	285,9	285,6	286,3	-182,2	-194,6	-155,7	-11,5	-13,4	-9,5
2003	281,9	281,5	282,2	-177,0	-189,9	-149,5	-11,4	-13,4	-9,5
2004	274,6	274,2	274,9	-180,0	-191,3	-154,7	-11,9	-13,9	-10,0
2005	268,4	268,1	268,8	-168,6	-180,9	-141,7	-11,5	-13,4	-9,5
2006	264,0	263,6	264,3	-165,6	-138,1	-178,0	-11,5	-13,4	-9,5
2007	258,3	258,0	258,7	-163,1	-175,1	-136,1	-11,2	-13,2	-9,3
2008	257,2	256,9	257,5	-159,9	-172,5	-130,4	-11,4	-13,4	-9,5
2009	253,2	252,9	253,6	-173,1	-182,4	-151,1	12,1	-14,0	-10,1
2010	250,4	250,0	250,7	-169,9	-179,4	-145,7	-12,5	-14,5	-10,6
2011	246,5	246,1	246,8	-162,2	-172,7	-136,2	-12,2	-14,1	-10,2
2012	243,8	243,5	244,1	-162,7	-172,5	-138,3	-12,1	-14,1	-10,2
2013	240,2	239,9	240,5	-154,5	-165,4	-128,2	-11,9	-13,9	-9,9
2014	238,2	237,9	238,5	-146,6	-158,8	-117,1	-11,6	-13,6	-9,7
2015	237,7	237,4	238,0	-135,3	-149,9	-101,5	-10,9	-12,8	-8,9
2016	239,1	238,8	239,4	-136,6	-151,2	-103,0	-10,7	-12,6	-8,7
2017	235,9	235,6	236,2	-131,3	-146,4	-96,8	-10,4	-12,4	-8,5
2018	232,7	232,4	233,0	-133,8	-147,8	-101,0	-10,7	-12,7	-8,8
2019	231,2	230,9	231,5	-127,6	-142,8	-92,4	-10,3	-12,3	-8,4

Nota: ICDS: índice de concentración de la desigualdad en la salud; IDP: índice de desigualdad basado en la pendiente; LI: límite inferior; LS: límite superior (del intervalo de confianza del 95%).

Fuente: OPS.

que se reflejan en el signo negativo de sus índices (IDP e ICDS): cuanto mayor es el desarrollo sostenible, menor es la tasa de MPPE. Por otro lado, el patrón de desigualdad en la MPPE a lo largo de la vida tiene forma de “U” invertida: la desigualdad absoluta (IDP) es mucho más intensa entre los 65 y los 74 años de edad, en tanto que la desigualdad relativa (ICDS) es mayor entre los 0 y los 9 años de edad. El gradiente de desigualdad por edad

es mayor en los hombres que en las mujeres, especialmente la desigualdad absoluta. En el anexo 2 se presentan los resultados detallados correspondientes a los años 2000, 2009 y 2019.

Tendencias de la desigualdad en la mortalidad prematura potencialmente evitable

En el período analizado (2000-2019), como se indica en el capítulo 2, la tasa promedio

CUADRO 7 Tasas promedio de mortalidad prematura potencialmente evitable, prevenible y tratable por quintil de desarrollo sostenible, por sexo y por año, Región de las Américas, 2000, 2009 y 2019

POBLACIÓN	AÑO	QUINTIL DE DESARROLLO SOSTENIBLE					
		INFERIOR	Q2	MEDIANA	Q4	SUPERIOR	
Total	2000	491,7	308,0	326,9	288,0	231,9	
	TMEE evitable	2009	436,2	260,7	278,4	255,9	196,6
		2019	382,1	265,9	248,9	193,6	192,9
		2000	283,9	184,2	182,2	164,7	143,7
	TMEE prevenible	2009	246,1	141,6	162,1	151,1	125,2
		2019	210,4	157,9	142,7	113,1	126,4
		2000	207,9	123,8	144,7	123,3	88,2
	TMEE tratable	2009	190,0	119,1	116,2	104,8	71,4
		2019	171,7	108,0	106,2	80,5	66,5
2000		548,0	393,1	413,4	379,0	295,5	
Hombres	2009	494,0	312,7	362,7	341,2	248,4	
	2019	439,2	340,6	326,0	254,6	244,1	
	TMEE prevenible	2000	351,6	271,3	259,6	244,2	197,9
		2009	314,2	191,7	238,5	226,7	169,9
		2019	271,2	229,3	210,4	169,4	170,6
	TMEE tratable	2000	196,5	121,8	153,8	134,8	97,6
		2009	179,8	121,0	124,2	114,4	78,5
		2019	168,0	111,3	115,5	85,2	73,5
	Mujeres	2000	440,2	228,0	246,8	205,0	173,1
TMEE evitable		2009	383,9	209,9	200,5	177,1	147,3
		2019	331,2	194,6	177,5	138,0	143,6
		2000	222,3	102,7	110,5	91,5	93,3
TMEE prevenible		2009	184,8	92,9	91,5	80,6	82,5
		2019	155,8	89,7	79,6	61,5	83,6
		2000	217,8	125,3	136,3	113,5	79,9
TMEE tratable		2009	199,1	117,1	108,9	96,5	64,8
		2019	175,3	105,0	97,9	76,5	60,0

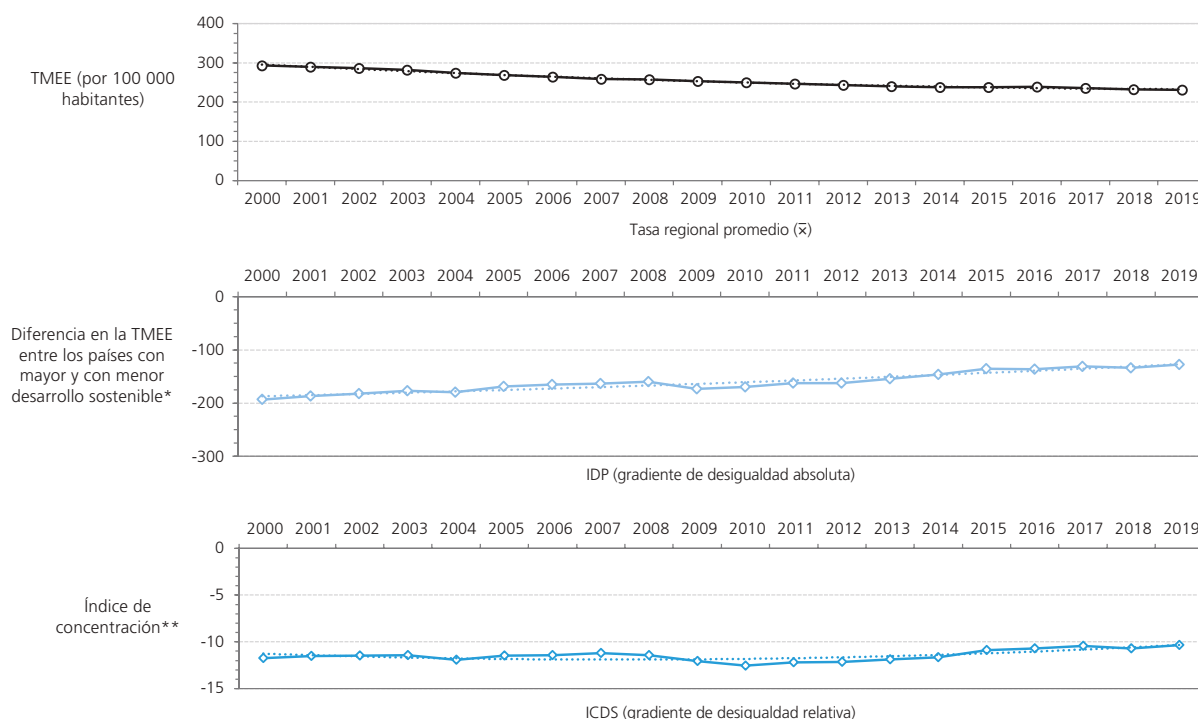
Nota: TMEE: tasa de mortalidad estandarizada según la edad.

Fuente: OPS.

de MPPE presenta una disminución sostenida a nivel regional. Más importante aún, ha habido una reducción igualmente sostenida de la desigualdad social absoluta y relativa en la MPPE entre los países. En la figura 7 se ilustra estas tendencias, observadas en una región que, en general, se caracteriza por desigualdades sociales muy profundas y persistentes en la salud. De hecho, entre el 2000 y el 2019, el CPAP del IDP (-2,5%) fue mayor que la tasa regional promedio (-1,40%), en tanto que el CPAP del ICDS fue mucho

menor (-0,75%). Además, la tasa de reducción de la desigualdad en la MPPE, tanto absoluta como relativa, fue más rápida en la segunda mitad del período analizado, a diferencia de la tasa regional promedio, que cayó con mayor rapidez en la primera mitad de ese período. Así, entre el 2000 y el 2009, el CPAP del IDP fue de -1,24%, el del ICDS fue de +0,28%, y el de la tasa promedio fue de -1,64%, mientras que, entre el 2010 y el 2019, estas tasas de reducción fueron de -3,18%, -2,14% y -0,89%, respectivamente.

FIGURA 7 Tendencias de la tasa promedio de mortalidad prematura potencialmente evitable, su desigualdad absoluta y su desigualdad relativa en el gradiente de desarrollo sostenible entre los países (n = 33), Región de las Américas, 2000-2019



* Los valores negativos indican un exceso de mortalidad prematura potencialmente evitable entre los países con un desarrollo sostenible menor.

** El índice de concentración es un valor relativo que oscila entre -100 y +100, donde cero indica que no hay desigualdad y los valores negativos indican la concentración de la carga de mortalidad prematura potencialmente evitable entre los países con un desarrollo sostenible menor.

Nota: ICDS: índice de concentración de la desigualdad en la salud; IDP: índice de desigualdad basado en la pendiente; TMEE: tasa de mortalidad estandarizada según la edad.

Fuente: OPS.

Esta doble tendencia favorable de reducción de la tasa regional promedio con reducción simultánea de los gradientes de desigualdad absoluta y relativa de la MPPE entre los países en el período 2000-2019 corresponde, en general, a una disminución sistemática de los gradientes en todos los quintiles de desarrollo sostenible con el tiempo (cuadro 6) y se registra también en ambos sexos (anexo 3), así como en las causas prevenibles y tratables (anexo 3) en los grupos etarios de la población económicamente activa y no activa (anexo 4) y en todos los grupos etarios analizados, excepto dos: la población adolescente (de 10 a 19 años) y las personas mayores (de 65 a 74 años), en quienes tanto la desigualdad absoluta como la relativa aumentaron de manera marcada y sistemática durante el período; en el primer grupo, en los hombres en particular y a expensas de causas prevenibles; en el segundo, en ambos sexos y a expensas de las causas tratables de MPPE (anexo 2).

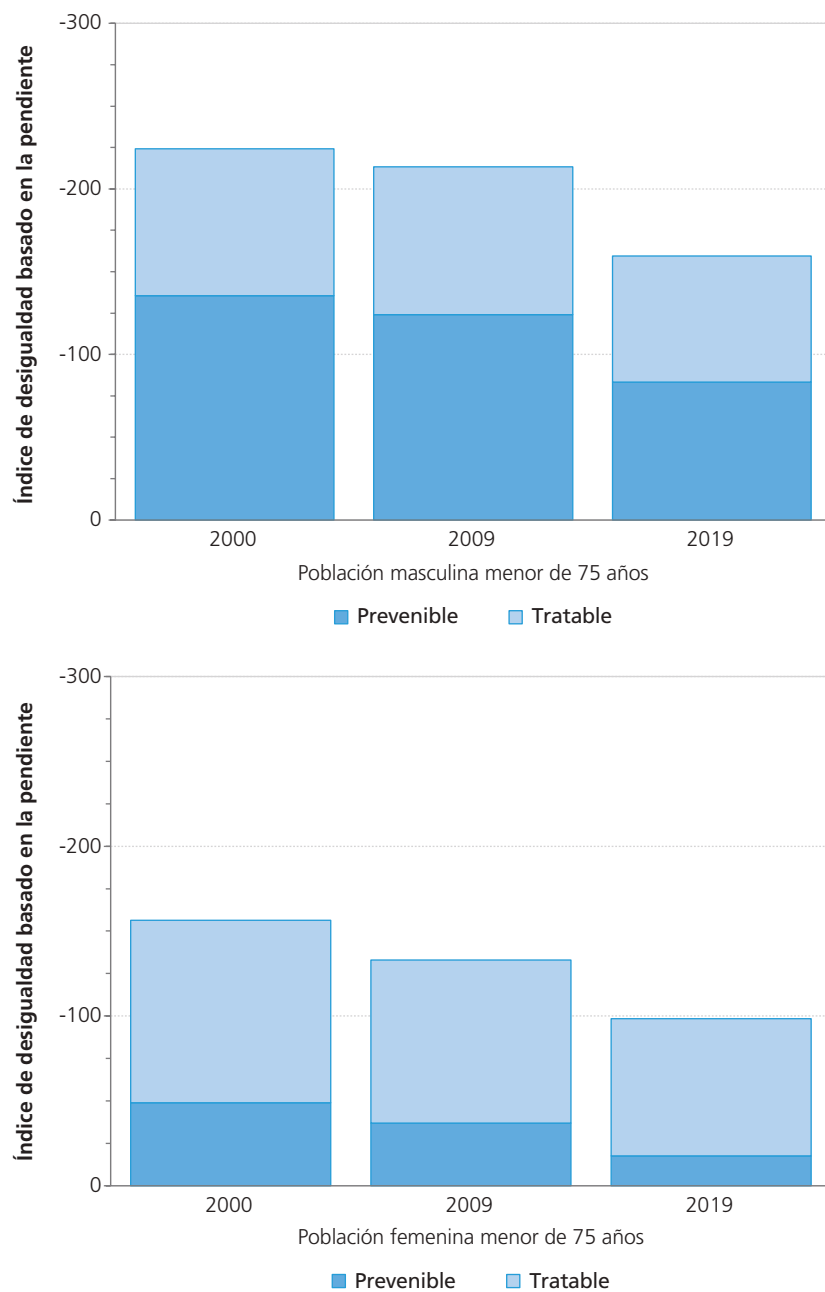
En la figura 8 se muestran los resultados del análisis de descomposición de la desigualdad absoluta en la MPPE por causas prevenibles y tratables en hombres y mujeres menores de 75 años. Se destacan tres hallazgos: 1) la magnitud de la desigualdad absoluta (es decir, el IDP) en la MPPE fue sistemáticamente mayor en los hombres que en las mujeres en todos los años analizados; 2) la magnitud de la desigualdad absoluta disminuyó monótonamente en ambos sexos (a un ritmo más rápido en las mujeres y en especial a expensas de causas prevenibles); y 3) la desigualdad absoluta en la MPPE entre los sexos se debe esencialmente al exceso de mortalidad prematura por causas prevenibles en los hombres.

Del mismo modo, en la figura 9 se ilustra la descomposición de la desigualdad absoluta en la MPPE según causas prevenibles y tratables en la población económicamente activa (de 15 a 64 años) y la población económicamente inactiva (de 0 a 14 años y de 65 a 74 años). Aquí también se destacan tres aspectos: 1) la magnitud de la desigualdad absoluta en la MPPE fue sistemáticamente mayor en la población económicamente inactiva que en la población económicamente activa en todos de los años analizados; 2) la magnitud de la desigualdad absoluta disminuyó monótonamente en ambas poblaciones (con mayor rapidez en la población económicamente activa y en particular a expensas de causas tratables); y 3) la desigualdad absoluta en la MPPE entre ambas poblaciones se debe esencialmente al exceso de mortalidad prematura por causas tratables en la población económicamente inactiva.

Desigualdades en la mortalidad prematura potencialmente evitable relacionadas con causas específicas

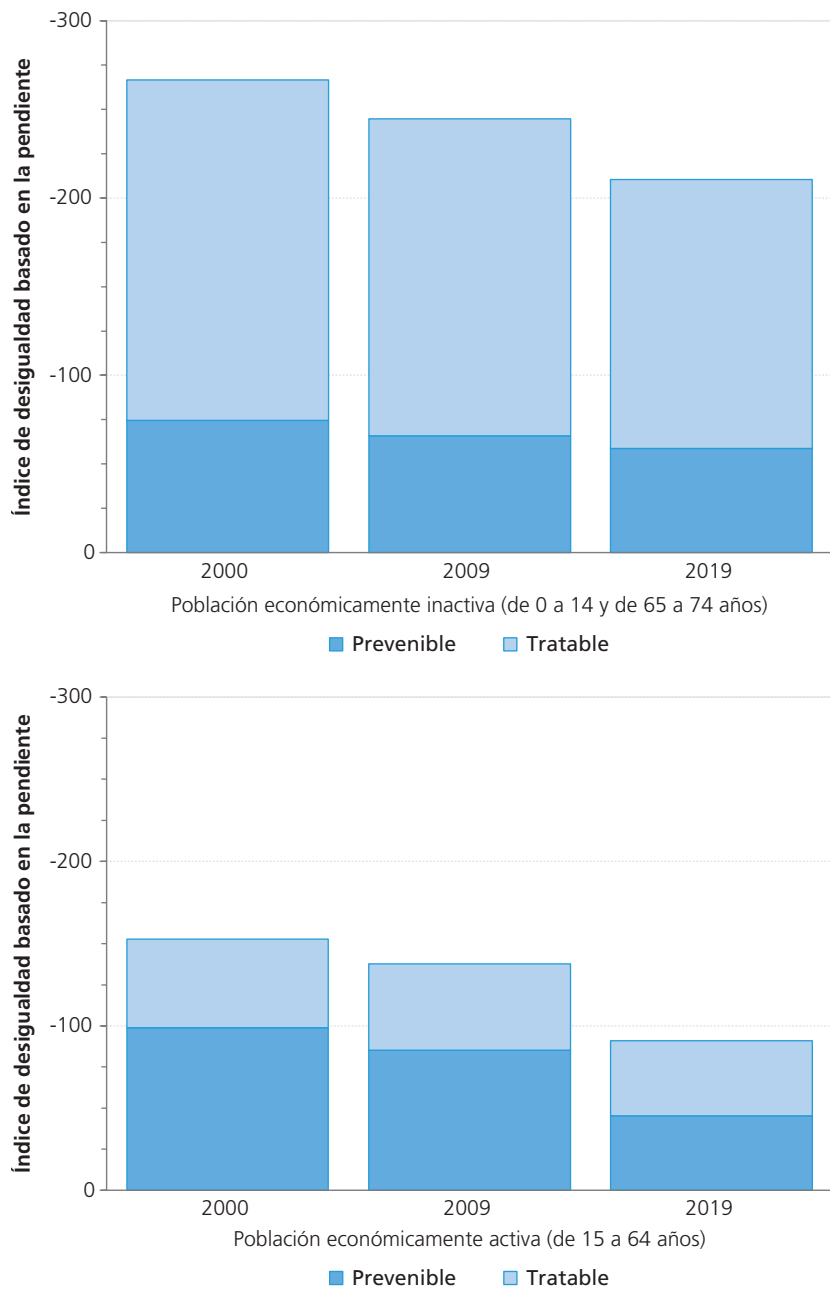
Como se indicó en el capítulo 1, en este informe se usa una lista *ad hoc* de 50 causas de mortalidad evitable: 23 prevenibles, 24 tratables y 3 combinadas (con la misma ponderación). Con el fin de analizar más a fondo las desigualdades en la MPPE en la Región, se establecieron cuatro categorías de causas específicas potencialmente prevenibles y potencialmente tratables, como se muestra en el cuadro 8. Estas cuatro categorías seleccionadas representan el 64% y el 74% de la carga total de mortalidad por causas prevenibles y tratables, respectivamente.

FIGURA 8 Desglose de la desigualdad absoluta regional en la mortalidad prematura potencialmente evitable por causas prevenibles y tratables por sexo, Región de las Américas, 2000, 2009 y 2019



Fuente: OPS.

FIGURA 9 Desglose de la desigualdad absoluta regional en la mortalidad prematura potencialmente evitable por causas prevenibles y tratables, y por grupo de población económicamente activa e inactiva, Región de las Américas, 2000, 2009 y 2019



Fuente: OPS.

CUADRO 8 Mortalidad prematura potencialmente evitable: categorías seleccionadas de causas específicas prevenibles y tratables

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES POTENCIALMENTE PREVENIBLES	ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES POTENCIALMENTE TRATABLES
Cardiopatía isquémica	Cardiopatía isquémica
Accidente cerebrovascular	Accidente cerebrovascular
ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS POTENCIALMENTE PREVENIBLES	ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS POTENCIALMENTE TRATABLES
Cáncer de tráquea, bronquios y pulmón	Cáncer de colon y recto
Cáncer de estómago	Cáncer de mama
Cáncer de hígado	Cáncer cervicouterino
Cáncer de esófago	Cáncer de vejiga
Cáncer de boca y orofaringe	Cáncer de útero
Melanoma maligno de la piel	Cáncer de tiroides
Cáncer de piel no melanocítico	Linfoma de Hodgkin
TRAUMATISMOS INTENCIONALES POTENCIALMENTE PREVENIBLES	FACTORES DE RIESGO CRÓNICOS POTENCIALMENTE TRATABLES
Violencia interpersonal	Diabetes mellitus
Lesiones autoinfligidas	Cardiopatía hipertensiva
INFECCIONES POTENCIALMENTE PREVENIBLES	INFECCIONES POTENCIALMENTE TRATABLES
Infección por el VIH/sida	Tuberculosis
Enfermedades diarreicas	Pancreatitis
Hepatitis	Apendicitis
Grupos de enfermedades infantiles	Malaria
Infecciones de transmisión sexual, excluida la infección por el VIH	Infecciones de las vías respiratorias superiores

Nota: VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

Fuente: OPS.

Se destacan tres observaciones. En primer lugar, con la excepción de las enfermedades neoplásicas potencialmente prevenibles y tratables, las causas específicas seleccionadas tienen una distribución favorable a los países ricos, es decir, la desigualdad se concentra de manera desproporcionada en los países con un desarrollo sostenible menor. En segundo lugar, entre el 2000 y el 2019, los gradientes absolutos y relativos de desigualdad en las cuatro categorías de MPPE examinadas se atenuaron mucho, excepto en lo que respecta

La desigualdad se concentra de manera desproporcionada en los países con un desarrollo sostenible menor

a las enfermedades cardiovasculares. En tercer lugar, en el escenario analizado, solo la mortalidad prematura por traumatismos intencionales potencialmente prevenibles (es decir, violencia interpersonal y suicidio) disminuyó de manera significativa, y la tasa regional promedio de mortalidad prematura por factores de riesgo crónicos potencialmente tratables (es decir, diabetes e hipertensión arterial) aumentó (de 27,8 a 28,2 y de 16,1 a 16,4 por 100 000, respectivamente). De hecho, como se ve en el cuadro 9, entre las

causas prevenibles, las lesiones autoinfligidas superaron en magnitud a las enfermedades cardiovasculares (28,2 en comparación con 27,6 por 100 000, respectivamente) en el 2019.

Desigualdades en la mortalidad prematura potencialmente evitable relacionadas con el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3

El ODS 3 (garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades)

CUADRO 9 Tasas promedio de mortalidad prematura potencialmente evitable y su desigualdad absoluta y relativa en el gradiente de desarrollo sostenible entre los países ($n = 33$), según algunas categorías seleccionadas de causas específicas prevenibles y tratables, Región de las Américas, 2000 y 2019

		AÑO	PROMEDIO REGIONAL		ÍNDICE	IDP		ÍNDICE	ICDS		
			TMEE	LÍMITE INFERIOR		LÍMITE SUPERIOR	LÍMITE INFERIOR		LÍMITE SUPERIOR	LÍMITE INFERIOR	LÍMITE SUPERIOR
Potencialmente prevenible	Enfermedades cardiovasculares	2000	40,9	40,8	41,0	-11,6	-17,7	3,3	-6,7	-17,6	4,2
		2019	27,6	27,5	27,7	-15,3	-17,3	-8,8	-11,3	-22,4	-0,3
	Enfermedades neoplásicas	2000	33,1	33,0	33,2	20,5	8,9	39,1	12,0	1,9	22,0
		2019	23,9	23,8	24,0	7,6	0,6	19,7	7,1	-3,1	17,3
	Traumatismos intencionales	2000	27,8	27,7	27,9	-31,5	-26,7	-30,9	-24,0	-35,2	-12,7
		2019	28,2	28,1	28,3	-21,2	-20,9	-13,4	-15,8	-26,9	-4,7
Infecciones	2000	16,4	16,4	16,5	-27,5	-20,7	-34,2	-45,1	-57,6	-32,6	
	2019	7,7	7,7	7,8	-14,0	-11,4	-16,5	-38,4	-49,5	-27,4	
Potencialmente tratable	Enfermedades cardiovasculares	2000	40,9	40,8	41,0	-11,6	-17,7	3,3	-6,7	-17,6	4,2
		2019	27,6	27,5	27,7	-15,3	-17,3	-8,8	-11,3	-22,4	-0,3
	Enfermedades neoplásicas	2000	21,3	21,2	21,4	8,2	3,6	14,8	7,4	-2,8	17,5
		2019	18,2	18,1	18,3	-0,9	-3,6	3,4	-0,5	-10,8	9,9
	Factores de riesgo crónicos	2000	16,1	16,1	16,2	-16,5	-14,4	-14,4	-19,3	-30,3	-8,3
		2019	16,4	16,3	16,4	-14,5	-12,7	-10,0	-18,6	-29,6	-7,6
Infecciones	2000	5,6	5,5	5,6	-18,6	-14,2	-24,1	-47,7	-58,2	-37,3	
	2019	3,0	2,9	3,0	-8,3	-6,8	-10,1	-39,5	-48,3	-30,7	

Nota: Límite inferior y superior del intervalo de confianza del 95%. ICDS: índice de concentración de la desigualdad en la salud; IDP: índice de desigualdad basado en la pendiente; TMEE: tasa de mortalidad estandarizada según la edad.

Fuente: OPS.

tiene 13 metas y 27 indicadores mundiales, de los cuales nueve son indicadores de mortalidad: materna (indicador 3.1.1), en menores de 5 años (indicador 3.2.1), neonatal (indicador 3.2.2), por enfermedades crónicas (enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas, enumeradas en el indicador 3.4.1), por suicidio (indicador 3.4.2), traumatismos causados por el tránsito (indicador 3.6.1), contaminación de los hogares y del aire ambiente (indicador 3.9.1), exposición al agua insalubre, el saneamiento deficiente y la falta de higiene (indicador 3.9.2) e intoxicaciones involuntarias (indicador 3.9.3). La carga de MPPE acumulada por estas nueve causas relacionadas con el ODS 3 constituye en conjunto más de la mitad del total de la carga regional de mortalidad potencialmente evitable. De hecho, esta proporción ha disminuido ligeramente: del 62% en el 2000 al 59% en el 2019. Aún más importante, como se muestra en el cuadro 10, es la concentración desproporcionada de la carga en los quintiles de los países con el menor desarrollo sostenible: en el 2019, casi el 75% de la carga de MPPE en el

quintil de los países con el menor desarrollo sostenible provino de muertes relacionadas con el ODS 3, en comparación con el 50% en el quintil de los países con el mayor desarrollo sostenible. Entre el 2000 y el 2019, el único quintil en el cual la proporción de muertes prematuras potencialmente evitables relacionadas con el ODS 3 aumentó (aunque poco) fue el de los países con el mayor desarrollo sostenible (lo cual atenuó la desigualdad entre quintiles extremos).

En la MPPE relacionada con el ODS 3 predominan las causas crónicas no transmisibles (indicador 3.4.1 de los ODS), cuyo peso relativo ha aumentado con el tiempo: del 61% en el 2000 al 68% en el 2019 (cuadro 11). Cabe destacar el aumento proporcional del suicidio (indicador 3.4.2) y la mortalidad atribuida a la contaminación del aire (indicador 3.9.1), junto con la reducción proporcional de las muertes neonatales (indicador 3.2.2), las muertes infantiles (indicador 3.2.1) y las muertes atribuidas a servicios de agua y saneamiento deficientes (indicador 3.9.2). Se destaca también el pequeño peso proporcional

CUADRO 10 Carga de mortalidad prematura potencialmente evitable relacionada con el ODS 3 como porcentaje de la carga mundial de mortalidad, Región de las Américas, 2000, 2009 y 2019

AÑO	PROMEDIO REGIONAL	INFERIOR	QUINTIL DEL DESARROLLO SOSTENIBLE			
			Q2	MEDIANA	Q4	SUPERIOR
			(%)			
2000	61,6	85,5	74,3	79,8	63,6	47,3
2009	60,8	79,5	73,1	72,6	60,2	49,9
2019	58,6	74,3	69,8	69,7	51,9	49,8

Fuente: OPS.

CUADRO 11 Contribución porcentual de los indicadores de mortalidad del ODS 3 a la carga de mortalidad prematura potencialmente evitable, Región de las Américas, 2000, 2009 y 2019

META DEL ODS 3	INDICADOR DE MORTALIDAD	2000	2009	2019
			(%)	
3.1.1	Mortalidad materna	0,7	0,6	0,5
3.2.1	Mortalidad de niños menores de 5 años	4,5	3,7	2,7
3.2.2	Mortalidad neonatal	11,5	7,7	5,3
3.4.1	Mortalidad por las cuatro enfermedades no transmisibles	60,5	64,8	68,1
3.4.2	Mortalidad por suicidio	3,9	4,8	5,5
3.6.1	Mortalidad por traumatismos causados por el tránsito	8,9	9,5	8,6
3.9.1	Mortalidad atribuida a la contaminación del hogar y del aire ambiente	6,8	7,1	8,2
3.9.2	Mortalidad atribuida a la exposición a servicios insalubres de agua, saneamiento e higiene	2,9	1,5	1,1
3.9.3	Mortalidad atribuida a intoxicaciones involuntarias	0,2	0,2	0,2

Fuente: OPS.

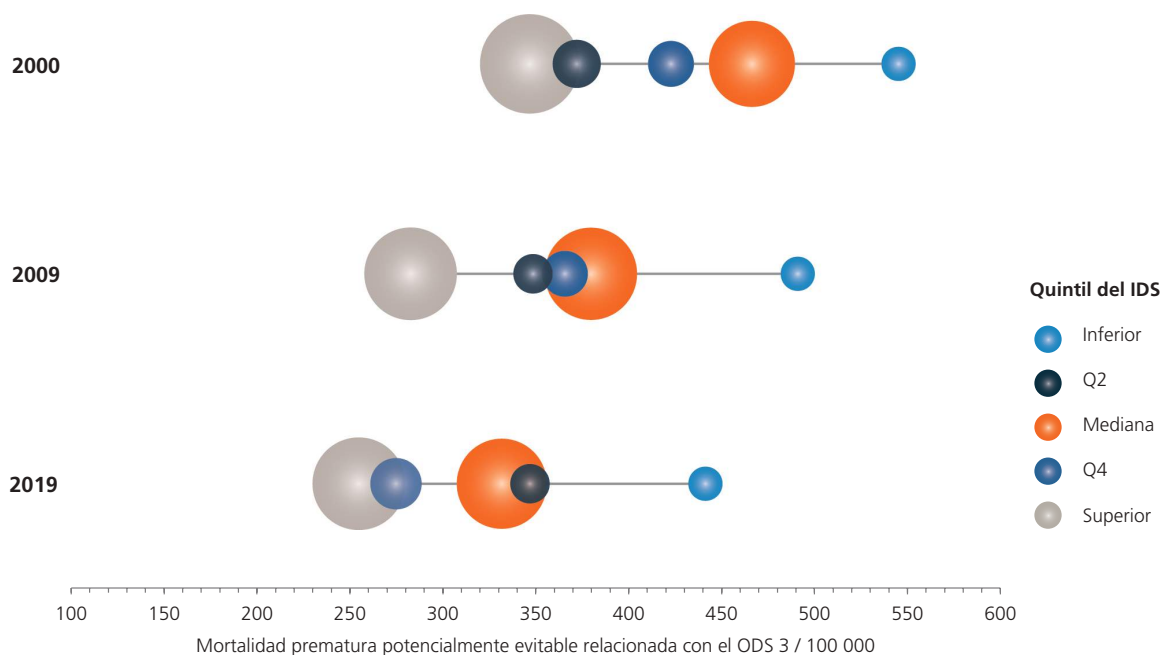
de la mortalidad materna (indicador 3.1.1) en la carga general de MPPE relacionada con el ODS 3 durante el período, así como la persistente importancia relativa de las muertes causadas por el tránsito (indicador 3.6.1), que, para el 2019, se había convertido en el segundo factor principal de la carga de MPPE relacionada con el ODS 3.

El riesgo absoluto de muerte prematura potencialmente evitable relacionado con el ODS 3, expresado mediante la tasa ajustada correspondiente (por 100 000), también está distribuido de una manera muy desigual en todo el gradiente social entre los países según lo que define el IDP, a pesar de la notable disminución de la tasa regional promedio registrada entre el 2000 y el 2019. En la

figura 10 se ilustran estos cambios promedio y distributivos por medio de un gráfico de tipo equiplot ponderado. De hecho, la tasa promedio regional de MPPE relacionada con el ODS 3 pasó de 409,6 (IC 95% [409,2 a 410,1]) a 304,2 (IC 95% [303,9 a 304,6]) por 100 000 entre el 2000 y el 2019, respectivamente, mientras que el IDP pasó de -174,8 (IC 95% [-206,6 a -120,6]) a -151,7 (IC 95% [-173,7 a -108,0]) por 100 000, y el ICDS pasó de -7,8 (IC 95% [-9,8 a -5,9]) a -9,0 (IC 95% [-10,9 a -7,0]) durante el período.

En el cuadro 12 se presenta el análisis de las desigualdades sociales en la MPPE relacionadas con tres indicadores específicos del ODS 3, seleccionados por su pertinencia regional, que se abordan en

FIGURA 10 Desigualdades en la mortalidad prematura potencialmente evitable relacionada con el ODS 3, según el quintil de desarrollo sostenible entre los países ($n = 33$) (gráficos de tipo equiplot ponderado), Región de las Américas, 2000, 2009 y 2019



Nota: IDS: índice de desarrollo sostenible; ODS: Objetivo de Desarrollo Sostenible.

Fuente: OPS.

CUADRO 12 Tasas promedio de mortalidad prematura potencialmente evitable por causas maternas, afecciones neonatales y enfermedades no transmisibles, y su desigualdad absoluta y relativa en el gradiente de desarrollo sostenible entre los países ($n = 33$), Región de las Américas, 2000, 2009 y 2019

MORTALIDAD PREMATURA POTENCIALMENTE EVITABLE	INDICADOR DEL ODS 3	AÑO	PROMEDIO REGIONAL				IDP			ICDS		
			TASA	LI	LS	ÍNDICE	LI	LS	ÍNDICE	LI	LS	
Causas maternas	3.1.1	2000	72,7	71,4	74,1	-205,7	-152,6	-272,3	-41,1	-43,2	-39,0	
		2009	64,6	63,3	65,9	-160,6	-123,9	-204,0	-39,8	-41,9	-37,6	
		2019	57,2	56,0	58,4	-123,6	-101,9	147,2	-39,9	-42,0	-37,8	
Afecciones neonatales	3.2.2	2000	12,9	12,9	13,0	-23,6	-20,3	-26,7	-26,0	-27,9	-24,1	
		2009	9,1	9,1	9,2	-15,0	-13,6	-16,3	-26,3	-28,2	-24,5	
		2019	7,4	7,4	7,4	-10,2	-9,2	-10,8	-23,7	-25,6	-21,9	
Enfermedades no transmisibles	3.4.1	2000	181,7	181,5	181,9	-3,3	-34,1	46,5	-1,4	-3,3	0,5	
		2009	158,3	158,1	158,5	-31,1	-51,1	1,9	-3,6	-5,5	-1,7	
		2019	142,9	142,7	143,0	-36,0	-54,0	-3,7	-4,5	-6,4	-2,6	

Nota: ICDS: índice de concentración de la desigualdad en la salud; IDP: índice de desigualdad basado en la pendiente; LI: límite inferior; LS: límite superior (del intervalo de confianza del 95%); ODS: Objetivo de Desarrollo Sostenible.

Fuente: OPS.

profundidad en el capítulo 4: mortalidad materna (indicador 3.1.1), mortalidad neonatal (indicador 3.2.2) y mortalidad prematura por ENT (indicador 3.4.1).

Estos resultados ponen de relieve tres hallazgos importantes: 1) la mejora de la tasa regional promedio; 2) la presencia de profundas desigualdades, tanto absolutas como relativas,

entre los países (especialmente en la mortalidad materna y neonatal), y 3) la reducción con el tiempo de las desigualdades en la mortalidad materna y neonatal, junto con el aumento de las desigualdades en la mortalidad por ENT, más concentrada en los segmentos de posición social menos favorecida (es decir, el fenómeno de la pauperización de los segmentos más pobres de la población).



La mortalidad prematura potencialmente evitable y las metas de salud de los Objetivos de Desarrollo Sostenible

En el 2015, los Estados Miembros de las Naciones Unidas aprobaron la Agenda 2030, que ofreció a los países la oportunidad de emprender un nuevo camino para mejorar efectivamente la vida de la población sin dejar a nadie atrás. La Agenda 2030 tiene 17 ODS, que van de la eliminación

de la pobreza a la acción por el clima, pasando por la educación, la igualdad de género mediante el empoderamiento de mujeres y niñas, la protección del medioambiente y el diseño urbano, entre otros. En lo que respecta a la salud, el principal ODS es el 3: garantizar

una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades (71).

El ODS 3 aborda las prioridades de salud de los países, incluida la salud de las mujeres y la población infantil, las enfermedades transmisibles, las ENT, los efectos negativos de las condiciones ambientales en la salud, la cobertura universal de salud, y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, de calidad y asequibles. Este ODS comprende 13 metas y 28 indicadores. Si bien el ODS 3 tiene un componente intrínseco relacionado con la equidad al centrarse en el acceso efectivo y universal, las metas establecidas para el 2030 se basan en promedios nacionales y mundiales y no están orientadas explícitamente a una reducción de las desigualdades en la salud a nivel nacional y subnacional (72).

Los ODS requieren un enfoque integral; por lo tanto, se necesita un enfoque multisectorial para alcanzar los resultados de salud previstos. En particular, es necesario alcanzar el ODS 1 (poner fin a la pobreza en todas sus formas y en todo el mundo), el ODS 2 (poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible), el ODS 4 (garantizar una educación inclusiva y equitativa de calidad y promover oportunidades de aprendizaje permanente para todos), el ODS 5 (lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas), el ODS 6 (garantizar la disponibilidad y la gestión sostenible del agua y el saneamiento para todos), el ODS 7 (garantizar el acceso a una energía asequible, fiable, sostenible y moderna para todos), el ODS 8 (promover el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente

para todos), el ODS 9 (construir infraestructuras resilientes, promover la industrialización inclusiva y sostenible y fomentar la innovación), el ODS 10 (reducir la desigualdad en los países y entre ellos), el ODS 11 (lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles), el ODS 12 (garantizar modalidades de consumo y producción sostenibles) y el ODS 13 (adoptar medidas urgentes para combatir el cambio climático y sus efectos) (72).

Como puede observarse, el enfoque integral del ODS 3 forma parte del proceso de determinación social y ambiental de la salud analizado en el capítulo anterior. Como ya se ha señalado, la medición de las desigualdades en el ámbito de la salud tiene como fundamento conceptual y teórico el modelo de determinantes sociales de la salud, que fue propuesto por la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS en el 2008 y, con un carácter más general, el enfoque de DSAS mencionado por la Comisión sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas de la OPS (65, 67).

En este marco, avanzar en la Agenda 2030 implica, en lo que respecta al ODS 3, centrarse en la mortalidad evitable, en vista de que el punto de partida es precisamente el hecho de que hay herramientas y tecnología para reducirla. En este capítulo se presentan los resultados de tres de los nueve indicadores del ODS 3 relacionados con la MPPE: 3.1.1, razón de mortalidad materna (RMM); 3.2.2, tasa de mortalidad neonatal, y 3.4.1, tasa de mortalidad atribuida a las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes o las enfermedades respiratorias crónicas, que tienen factores de riesgo modificables y biológicos comunes, y

La mayoría de las muertes maternas que se producen cada año en los países de la Región de las Américas podrían evitarse

son prevenibles y tratables. Los tres indicadores analizados pueden estar directamente relacionados con el desempeño de los sistemas de salud pública y servicios de salud.

Mortalidad materna evitable

La mortalidad materna es uno de los principales indicadores de salud pública para evaluar el desempeño de los sistemas de salud pública y los servicios de salud de los países. Se reconoce ampliamente que la mayoría de las muertes maternas que se producen cada año en los países de la Región de las Américas podrían evitarse mediante diversas intervenciones, tanto dentro del sector de la salud como mediante medidas sociales más amplias.

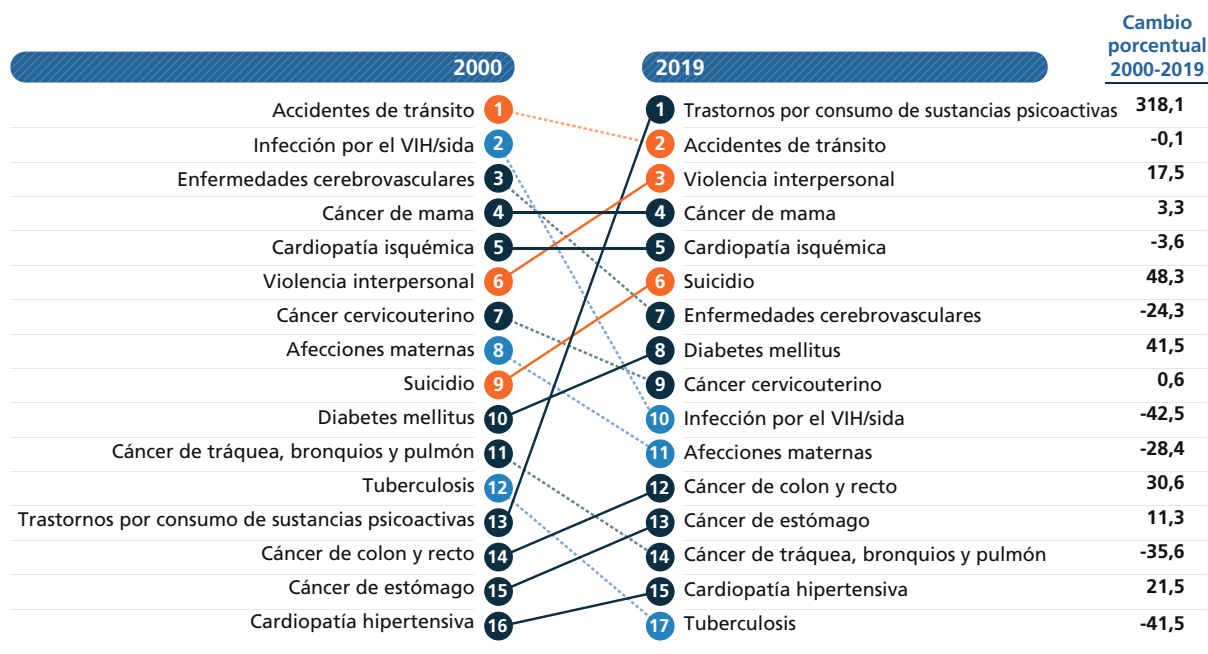
Del total de 925 915 muertes evitables de mujeres menores de 75 años que se produjeron en la Región en el 2019, las muertes maternas por causas evitables representaron menos del 1,0%. Sin embargo, las muertes maternas cobran importancia en el grupo de mujeres en edad reproductiva (de 15 a 49 años), en el cual son una de las principales causas de muerte: ocupaban el octavo lugar en el 2000 (figura 11) y bajaron al undécimo lugar en el 2019, con una reducción del número de muertes maternas del 28,4% entre el 2000 y el 2019.

Tendencias de la razón de mortalidad materna

Según cálculos recientes del Grupo Interinstitucional para la Estimación de la Mortalidad Materna de las Naciones Unidas, la RMM en la Región de las Américas fue de 58 muertes maternas por 100 000 nacidos vivos en el 2017, lo que representó una disminución del 20,0% en comparación con las 70 muertes maternas por 100 000 nacidos vivos en el 2000 (73). Sin embargo, aunque el indicador de la RMM en la Región presenta una tendencia a la baja, persisten grandes diferencias entre los países (figura 12).

La meta 3.1 de los ODS es reducir la RMM mundial a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos para el 2030 (72). Tomando como referencia la RMM mundial del 2015 (219 por 100 000 nacidos vivos), a fin de alcanzar la meta normativa mundial para el 2030, la RMM mundial debe bajar un 7,6% al año en promedio. Esto proporcionaría una línea de base de lo que podría esperarse con respecto a la reducción anual promedio para cada país del mundo, en particular para los países de la Región, con el fin de alcanzar la meta mundial para la RMM establecida en los ODS. Sin embargo, la meta regional para el 2030 establecida en la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 (ASSA2030) es reducir la RMM regional a menos de 30 por 100 000 nacidos vivos para el 2030 (74). Tomando como punto de partida la RMM regional del 2015 (59,4 por 100 000), la RMM regional debería bajar en un 4,6% anual entre el 2015 y el 2030 a fin de alcanzar la meta establecida en la ASSA2030. Si todos los países de la Región de las Américas pudieran

FIGURA 11 Principales causas de muerte prevenible en mujeres de 15 a 49 años, Región de las Américas, 2000-2019



- Enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales
- Enfermedades no transmisibles
- Causas externas

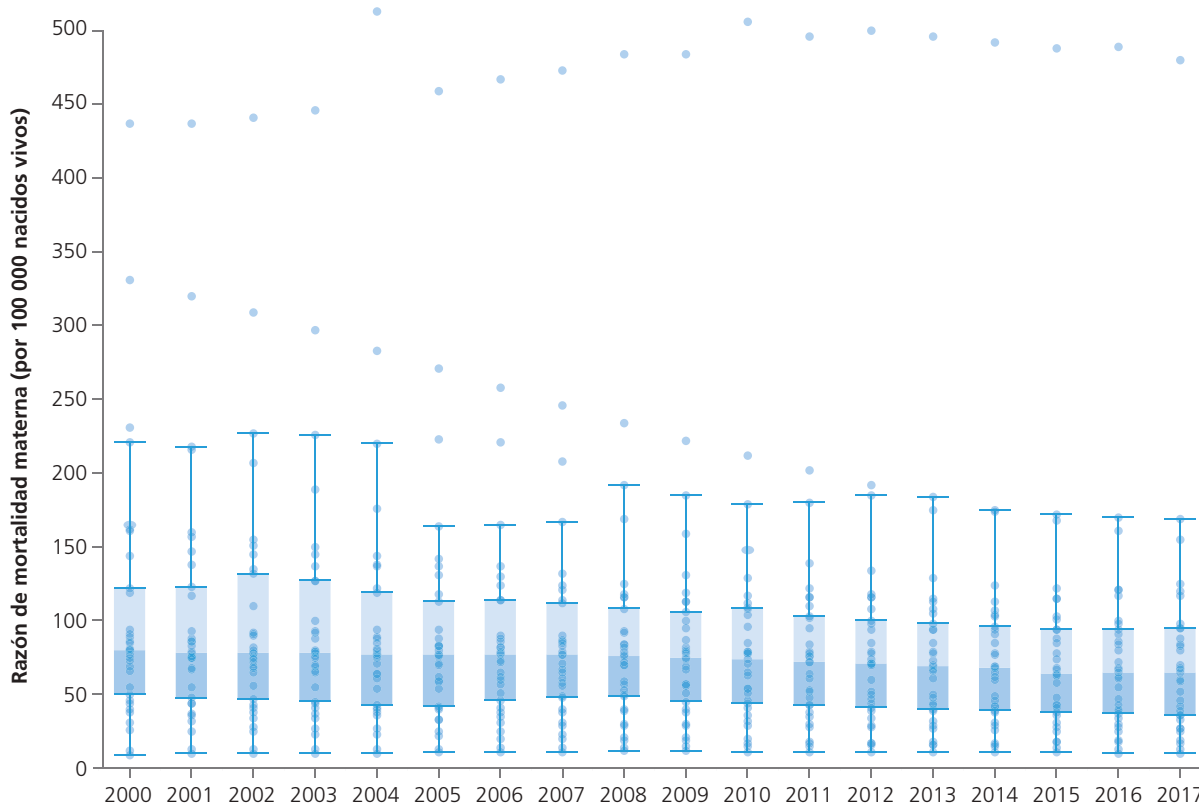
Nota: VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

Fuente: OPS.

reducir su RMM al mismo ritmo (4,6% anual), se podría alcanzar la meta regional. Al estudiar la tendencia de los países de la Región en los últimos 15 años (del 2000 al 2015), se observa que ningún país ha reducido la RMM al ritmo general que cabría esperar en los próximos 15 años (es decir, una reducción anual de un 7,6% en promedio entre el 2015 y el 2030). Además, solo dos países han reducido la RMM al ritmo esperado para alcanzar la meta de la ASSA2030 (cuadro 13). Los países con un CPAP de -4,0% como mínimo son Chile (-5,3%), Belice (-4,8%), Ecuador (-4,4%), Bolivia (Estado Plurinacional de) (-4,5%), Paraguay (-4,2%) y Suriname (-4,0%). De

los 10 países prioritarios que la OPS ha considerado para acelerar la disminución de las muertes maternas (prevenibles), ocho han reducido la RMM en los últimos 15 años, aunque algunos lo han hecho a un ritmo anual promedio lento. Sin embargo, la RMM aumentó en dos países prioritarios (Haití y República Dominicana) entre el 2000 y el 2015. Algunos ejemplos de esfuerzos muy importantes para reducir la mortalidad materna son Bolivia (Estado Plurinacional de), Ecuador y Paraguay, con una disminución de casi un 50,0% de la RMM entre el 2000 y el 2015. Sin embargo, en estudios realizados recientemente se observaron grandes desigualdades en la

FIGURA 12 Distribución de la razón de mortalidad materna, Región de las Américas, 2000-2017



Fuente: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Maternal mortality. Nueva York: UNICEF; 2019 [consultado el 17 de noviembre del 2021]. Disponible en: <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/maternal-mortality/>.

RMM entre grupos sociales de estos países (75-77). Por consiguiente, habría que tomar medidas específicas que incidan en los determinantes de esas desigualdades para reducir este tipo de muertes prevenibles en los países. Otro elemento que se debe tener en cuenta es que, en el ejercicio de priorización estratégica de casi todos los países de la Región de las Américas en el bienio 2020-2021 para el Plan Estratégico de la OPS, la reducción de la mortalidad materna no se consideró como una prioridad que debiera abordarse, lo cual podría haber tenido un efecto negativo

en la formulación de medidas encaminadas a reducir la mortalidad materna en ese período.

Correlación entre la razón de mortalidad materna y otros indicadores de salud

A fin de examinar posibles mecanismos de acción en los países para acelerar la reducción de la RMM, se analizó la correlación entre la RMM y los indicadores que puede considerarse que están bajo el control de los sistemas de salud desde una perspectiva ecológica (tomando los países como unidad de análisis): atención

CUADRO 13 Razón de mortalidad materna en los países, Región de las Américas, 2000-2015

PAÍS	RMM 2000	RMM 2015	CAMBIO PORCENTUAL 2000-2015	CPAP 2000-2015
Chile	31	14	-54,8	-5,3
Belice	89	43	-51,7	-4,8
Bolivia (Estado Plurinacional de) ¹	331	168	-49,2	-4,5
Ecuador	122	63	-48,4	-4,4
Paraguay ¹	165	88	-46,7	-4,2
Suriname ¹	221	122	-44,8	-4,0
Barbados	50	31	-38,0	-3,2
Argentina	66	41	-37,9	-3,2
Nicaragua ¹	162	101	-37,7	-3,1
Panamá	91	58	-36,3	-3,0
Guatemala ¹	161	103	-36,0	-3,0
Perú ¹	144	94	-34,7	-2,8
México	55	36	-34,5	-2,8
El Salvador	73	48	-34,2	-2,8
Granada	38	25	-34,2	-2,8
Uruguay	26	18	-30,8	-2,5
Costa Rica	40	28	-30,0	-2,4
Guyana ¹	231	172	-25,5	-2,0
Honduras ¹	85	67	-21,2	-1,6
San Vicente y las Granadinas	80	64	-20,0	-1,5
Cuba	46	38	-17,4	-1,3
Trinidad y Tabago	81	68	-16,0	-1,2
Colombia	94	85	-9,6	-0,7
Brasil	69	63	-8,7	-0,6
Venezuela (República Bolivariana de)	119	115	-3,4	-0,2
Antigua y Barbuda	44	43	-2,3	-0,2
Bahamas	75	74	-1,3	-0,1
Jamaica	77	78	1,3	0,1
Haití ¹	437	488	11,7	0,7
República Dominicana ¹	80	94	17,5	1,1
Canadá	9	11	22,2	1,3
Santa Lucía	86	115	33,7	1,9
Estados Unidos de América	12	18	50,0	2,7

¹ Países prioritarios de la OPS.

Nota: CPAP: cambio porcentual anual promedio; RMM: razón de mortalidad materna.

Fuente: OPS.

prenatal en cuatro o más ocasiones por personal de salud capacitado, atención del parto por personal de salud capacitado (indicador 3.1.2 de los ODS), uso de métodos anticonceptivos modernos (indicador 3.7.1 de los ODS) y tasa de fecundidad en adolescentes (de 15 a 19 años). Se calculó la mediana de estos indicadores por país para el período 2000-2017.

La mediana regional del porcentaje de mujeres que recibieron atención prenatal en cuatro o más ocasiones proporcionada por personal de salud capacitado fue del 87,4%, con una variación entre los países del 60,2% al 100%. La mediana del porcentaje de partos atendidos por personal de salud capacitado fue del 98,0%, con una variación del 37,3% al 100,0% entre los países. La mediana del porcentaje de mujeres en edad reproductiva (de 15 a 49 años) que usan métodos anticonceptivos modernos fue del 80,1%, con una variación del 41,2% al 90,7%. La tasa de fecundidad en adolescentes presentó una mediana de 65,6 nacidos vivos por 1000 mujeres de 15 a 19 años, con una variación entre los países de 13,7 a 107,3.

Los resultados muestran una alta correlación negativa (inversamente proporcional) entre la RMM y el porcentaje de mujeres que recibieron atención prenatal en cuatro o más ocasiones proporcionada por personal de salud capacitado, que ascendió a -0,837. Del mismo modo, hay una gran correlación (inversamente proporcional) entre la RMM, el porcentaje de partos atendidos por personal de salud capacitado y el porcentaje de mujeres en edad reproductiva que usan métodos anticonceptivos modernos (cuadro 14). Es decir, al aumentar la atención prenatal proporcionada por personal de salud capacitado, la atención calificada del parto y el

Al aumentar la atención prenatal proporcionada por personal de salud capacitado, la atención calificada del parto y el uso de métodos anticonceptivos modernos, los países pueden contribuir a reducir las muertes maternas prevenibles en la Región de las Américas

uso de métodos anticonceptivos modernos, los países pueden contribuir a reducir las muertes maternas prevenibles en la Región de las Américas. El uso de métodos anticonceptivos modernos se considera como una intervención eficaz para reducir los embarazos no deseados y, por lo tanto, reducir las muertes maternas.

Aunque en los países de la Región se ha incrementado la cobertura de la atención prenatal proporcionada por personal de salud capacitado, es importante tener en cuenta que la atención prenatal adecuada debe ceñirse a ciertas normas de calidad: debe ser temprana, periódica y completa y ofrecer amplia cobertura. El número de controles prenatales está relacionado con el riesgo de la mujer embarazada. En sus recomendaciones más recientes, la OMS sugiere un mínimo de ocho controles prenatales realizados por personal de salud capacitado. Sin embargo, aunque la OPS promueve un mayor número de consultas prenatales, además de mejorar la calidad de los

CUADRO 14 Descripción de los indicadores relacionados con la razón de mortalidad materna y correlación entre ellos, Región de las Américas

INDICADOR	MEDIANA REGIONAL (MÍNIMO-MÁXIMO)	COEFICIENTE DE CORRELACIÓN CON LA RMM
Porcentaje de mujeres que recibieron atención prenatal (en cuatro o más ocasiones)	87,4 (60,2-100,0)	-0,837
Proporción de partos atendidos por personal de salud capacitado	98,0 (37,3-100,0)	-0,829
Porcentaje de mujeres en edad reproductiva que usan métodos anticonceptivos modernos	80,1 (41,2-90,7)	-0,718
Tasa de fecundidad en adolescentes (de 15 a 19 años)	65,6 (13,7-107,3)	0,449

Nota: RMM: razón de mortalidad materna.

Fuente: OPS.

servicios ofrecidos, mantiene su indicador de al menos cuatro controles prenatales realizados por personal de salud capacitado en los países de la Región de las Américas. En algunos países se ha usado la estrategia de “extensión comunitaria” para lograr una cobertura alta de los controles prenatales tempranos, a fin de que las embarazadas puedan recibir servicios de salud de manera oportuna. Al mismo tiempo, la atención calificada del parto también ha aumentado en los países de la Región en el último decenio. El personal de salud capacitado debe encargarse de la atención en el parto y el puerperio, ya que la mayoría de las muertes maternas se producen durante el parto y en las primeras horas del puerperio. Además, es muy importante que la atención del parto tenga un enfoque intercultural.

El indicador de la RMM permite tener en cuenta los problemas de salud de las mujeres en los países. Además, este indicador por sí solo permite comprender las desigualdades de las mujeres debidas a la pobreza, los ingresos, el nivel de escolaridad y la zona donde

viven, entre otras características sociales. Es importante señalar que, en muchos casos, si bien los datos oficiales de mortalidad materna presentados por los países se basan en los análisis y las opiniones de los comités de mortalidad materna, se debe incorporar el criterio de previsibilidad con mayor profundidad para cada caso, detectar los retrasos en la atención e indicar vínculos críticos para evitar que se produzca otra muerte materna. En este sentido, es fundamental que los países mejoren aún más el estudio de las muertes maternas, fortalezcan los sistemas de vigilancia con la notificación inmediata, y promuevan análisis y estudios detallados por parte de los comités.

Mortalidad neonatal evitable

La Región de las Américas es un claro ejemplo de la disminución de la tasa de mortalidad en menores de 5 años, principalmente debido a la reducción de las muertes por enfermedades diarreicas agudas, infecciones respiratorias y deficiencias nutricionales, la mayoría de las cuales son causas de muerte prevenibles. Todos los países, además de intensificar las medidas

La Región de las Américas es un claro ejemplo de la disminución de la tasa de mortalidad en menores de 5 años, principalmente debido a la reducción de las muertes por enfermedades diarreicas agudas, infecciones respiratorias y deficiencias nutricionales

en el ámbito de la salud, han mejorado el saneamiento ambiental y las condiciones económicas. El desafío para fortalecer y mantener los logros alcanzados es mejorar las condiciones que contribuyen a la salud neonatal y reducen la tasa de mortalidad neonatal, que representa una carga progresivamente mayor en las muertes en menores de 5 años (figura 13). A partir del 2011, las muertes neonatales representaron más de la mitad de las muertes en menores de 5 años, con diferencias entre los países, y en algunos representaron el 70% (según el Grupo Interinstitucional para la Estimación de la Mortalidad Infantil).

Tendencias de la tasa de mortalidad neonatal

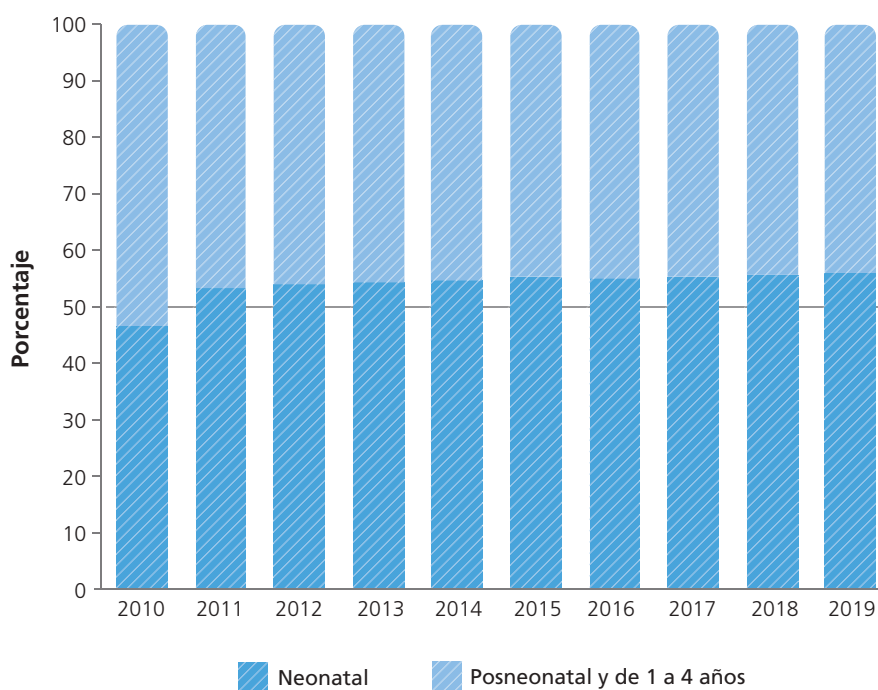
Una descripción de la tasa de mortalidad neonatal en los países de la Región de las Américas para el período 2000-2019 muestra un panorama heterogéneo, con países con valores superiores a 20 muertes neonatales por 1000 nacidos vivos y otros con menos de 5 muertes

neonatales por 1000 nacidos vivos. Se puede observar en la figura 14 que, aunque la mediana de la tasa de mortalidad neonatal en la Región muestra una tendencia decreciente, también hay una gran dispersión entre los países.

Las muertes neonatales se deben a dos grandes grupos de problemas de salud: 1) problemas que se originan en el período perinatal, que representaron el 76,0% en el 2019, y 2) malformaciones congénitas, que representaron el 23,0% ese mismo año. Ambos grupos se consideran como causas evitables de muerte, dado que hay intervenciones preventivas y terapéuticas para evitarlas en menores de 28 días. Sin embargo, diferentes razones, como las grandes desigualdades que afectan tanto el acceso a los servicios de salud como la calidad de la atención, contribuyen a la persistencia de tasas elevadas. Es fundamental analizar ambos grupos de causas, a fin de determinar específicamente las que son evitables e indicar las intervenciones eficaces que sea necesario mejorar. Un ejemplo son las complicaciones del parto prematuro, que representaron casi la mitad de todos los problemas que aparecen en el período perinatal tanto en el 2000 como 19 años después. Otro ejemplo es la asfixia al nacer, que ocupa el segundo lugar en su grupo, ya que uno de cada cuatro recién nacidos murió por esta causa evitable. Además, la sepsis neonatal sigue siendo una causa evitable importante (cuadro 15).

Entre las muertes neonatales por malformaciones congénitas, el grupo de anomalías cardíacas ha ocupado el primer lugar en los últimos 20 años (cuadro 16), seguido de los defectos del tubo neural, que muestran una disminución proporcional

FIGURA 13 Proporción de muertes neonatales en relación con las muertes en menores de 5 años, Región de las Américas, 2010-2019

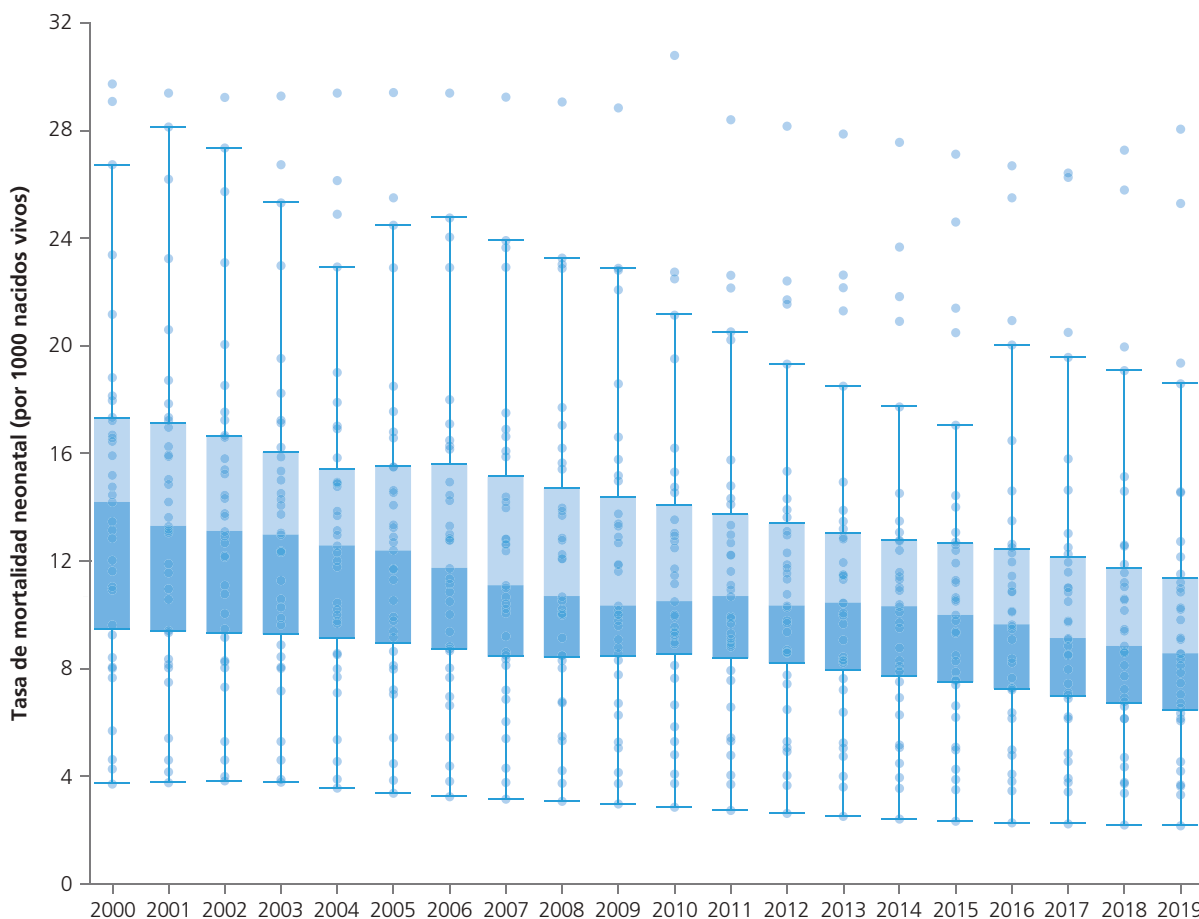


Fuente: OPS.



© Gerardo Cárdenas/OPS

FIGURA 14 Distribución de la tasa de mortalidad neonatal, Región de las Américas, 2000-2019



Fuente: OPS.

CUADRO 15 Proporción de muertes neonatales por problemas que se originan en el período perinatal, Región de las Américas, 2000 y 2019

	2000 %	2019 %
Todas las causas	100,0	100,0
Asfixia al nacer y traumatismo en el nacimiento	52,8	48,7
Septicemia neonatal	21,4	19,8
Otras afecciones neonatales	16,2	17,4
Complicaciones del parto prematuro	9,6	14,1

Fuente: OPS.

CUADRO 16 Proporción de muertes neonatales por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, Región de las Américas, 2000 y 2019

	2000 %	2019 %
Todas las causas	100,0	100,0
Anomalías cardíacas congénitas	35,0	35,0
Defectos del tubo neural	13,3	9,9
Síndrome de Down	1,8	1,9
Labio leporino y paladar hendido	0,4	0,2
Otras anomalías congénitas	45,1	45,8
Otras anomalías cromosómicas	4,4	7,2

Fuente: OPS.

en el 2019 en comparación con el valor de referencia del 2000. Además, otras anomalías congénitas representan una carga importante y requieren un análisis detallado. Sin embargo, este análisis depende de la calidad de la certificación médica de la causa de muerte.

En varios países todavía hay dificultades para certificar la muerte neonatal debido a la falta de información adicional. En muchos casos, el médico certificador indica solo una anomalía congénita, sin más especificación. Si la anomalía congénita, la anomalía cromosómica o la malformación no pudieron diagnosticarse correctamente al nacer, es menos probable que sea clara en el momento de la muerte.

Correlación entre la tasa de mortalidad neonatal y otros indicadores de salud

Siguiendo el enfoque mencionado anteriormente para la RMM, se analiza la correlación entre la tasa de mortalidad neonatal y los indicadores de medidas que están bajo el control de los sistemas de salud. En este caso, la cobertura de

vacunación con el bacilo de Calmette-Guérin (BCG) se agregó a los indicadores de control prenatal, atención del parto, uso de métodos anticonceptivos y tasa de fecundidad específica (de mujeres de 15 a 19 años).

La tasa de mortalidad neonatal y el porcentaje de mujeres que recibieron atención prenatal en cuatro o más ocasiones proporcionada por personal de salud capacitado están altamente correlacionados (son inversamente proporcionales), con un valor igual a -0,765. Hay una gran correlación entre la tasa de mortalidad neonatal y el porcentaje de partos atendidos por personal de salud capacitado, con un valor igual a -0,711. La tasa de mortalidad neonatal y el porcentaje de mujeres en edad reproductiva que usan métodos anticonceptivos modernos tienen una correlación moderadamente negativa. En el mismo sentido, la tasa de mortalidad neonatal y la cobertura de vacunación con BCG en recién nacidos es altamente negativa (cuadro 17). Además, se encontró una correlación positiva alta (directamente proporcional) entre la

CUADRO 17 Descripción de los indicadores relacionados con la tasa de mortalidad neonatal y correlación entre ellos, Región de las Américas

INDICADORES	MEDIANA REGIONAL (MÍNIMO-MÁXIMO)	COEFICIENTE DE CORRELACIÓN CON LA TASA DE MORTALIDAD NEONATAL
Porcentaje de mujeres que recibieron atención prenatal (en cuatro o más ocasiones)	87,4 (60,2-100,0)	-0,765
Porcentaje de partos atendidos por personal de salud capacitado	98,0 (37,3-100,0)	-0,711
Porcentaje de mujeres en edad reproductiva que usan métodos anticonceptivos modernos	80,1 (41,2-90,7)	-0,529
Tasa de fecundidad en adolescentes (de 15 a 19 años)	65,6 (13,7-107,3)	0,661
Cobertura de la vacunación con el bacilo de Calmette-Guérin en recién nacidos	98,0 (65,0-100,0)	-0,625

Fuente: OPS.

tasa de mortalidad neonatal y la tasa de fecundidad en adolescentes, con un valor igual a 0,661. Estos resultados confirman que un aumento de los controles prenatales por personal de salud capacitado, la atención del parto por personal de salud capacitado, el uso de métodos anticonceptivos modernos y la cobertura de vacunación con BCG en recién nacidos podrían contribuir a una reducción de las muertes neonatales prevenibles. Además, una disminución en la tasa de fecundidad en adolescentes también ayudaría a reducir las muertes neonatales.

Mortalidad prematura potencialmente evitable por enfermedades no transmisibles

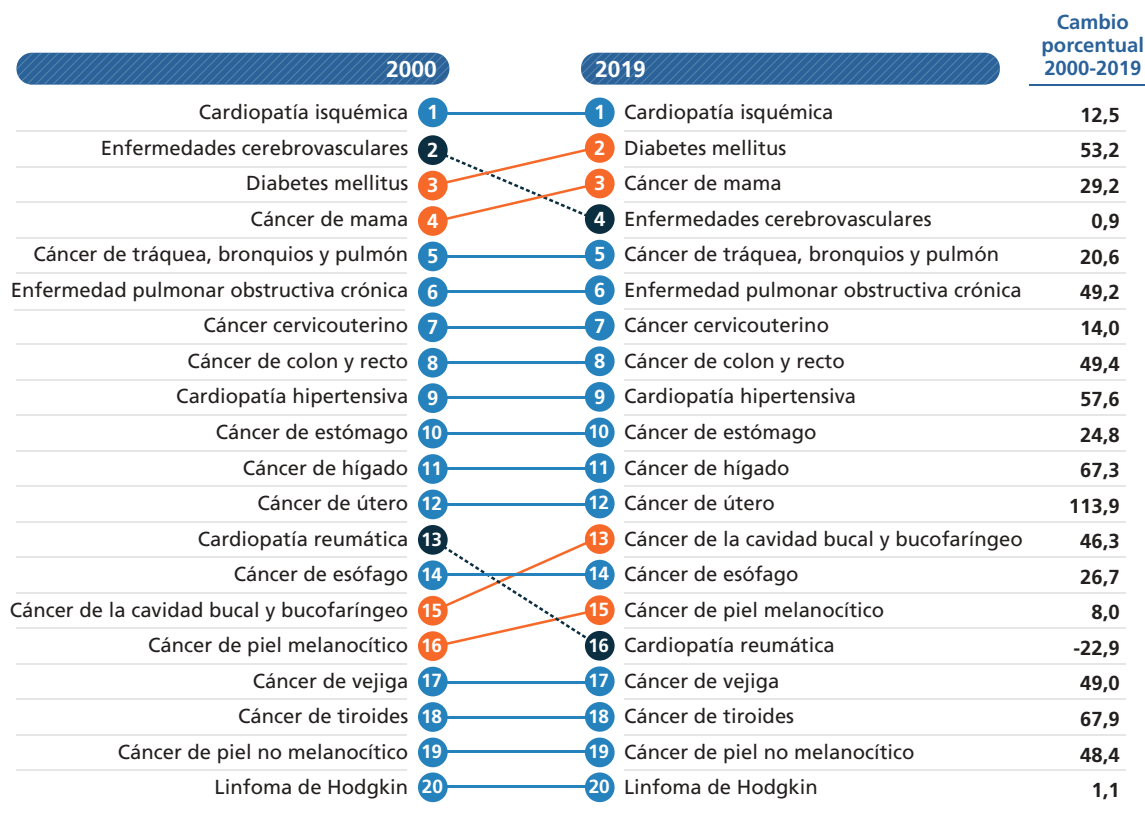
Las ENT, en particular las cuatro incluidas en el indicador 3.4.1 de los ODS (enfermedades cardiovasculares [códigos I00-I99 de la CIE-10], cáncer [códigos C00-C97 de la CIE-10], diabetes mellitus [códigos E10-E14 de la CIE-10] y enfermedades respiratorias crónicas [códigos J30-J99 de la CIE-10]),

son las principales causas de mortalidad y morbilidad en la población adulta de los países de la Región de las Américas.

En cuanto al grupo de muertes evitables en menores de 75 años, el peso de las muertes entre los 30 y los 69 años fue de 66,5% para ambos sexos, con un valor similar en mujeres y hombres en el 2019. Además, en la Región, las ENT evitables fueron la causa del 79,1% de las muertes en personas de ambos sexos: 87,8% en las mujeres y 73,7% en los hombres de este grupo etario. Las causas de muerte incluidas en el indicador 3.4.1 de los ODS tuvieron el mayor peso, con un 86,3% en ambos sexos: 88,4% en las mujeres y 84,5% en los hombres en relación con las muertes prematuras evitables (en personas de 30 a 69 años) por ENT en el 2019.

En las figuras 15 y 16 se presenta la clasificación de las causas evitables de muerte por ENT que forman parte del indicador 3.4.1 de los ODS, en mujeres y hombres,

FIGURA 15 Muertes prematuras evitables por enfermedades no transmisibles en mujeres (de 30 a 69 años), Región de las Américas, 2000 y 2019



Cambio en la clasificación

- Aumento
- Disminución
- Sin cambio

Fuente: OPS.

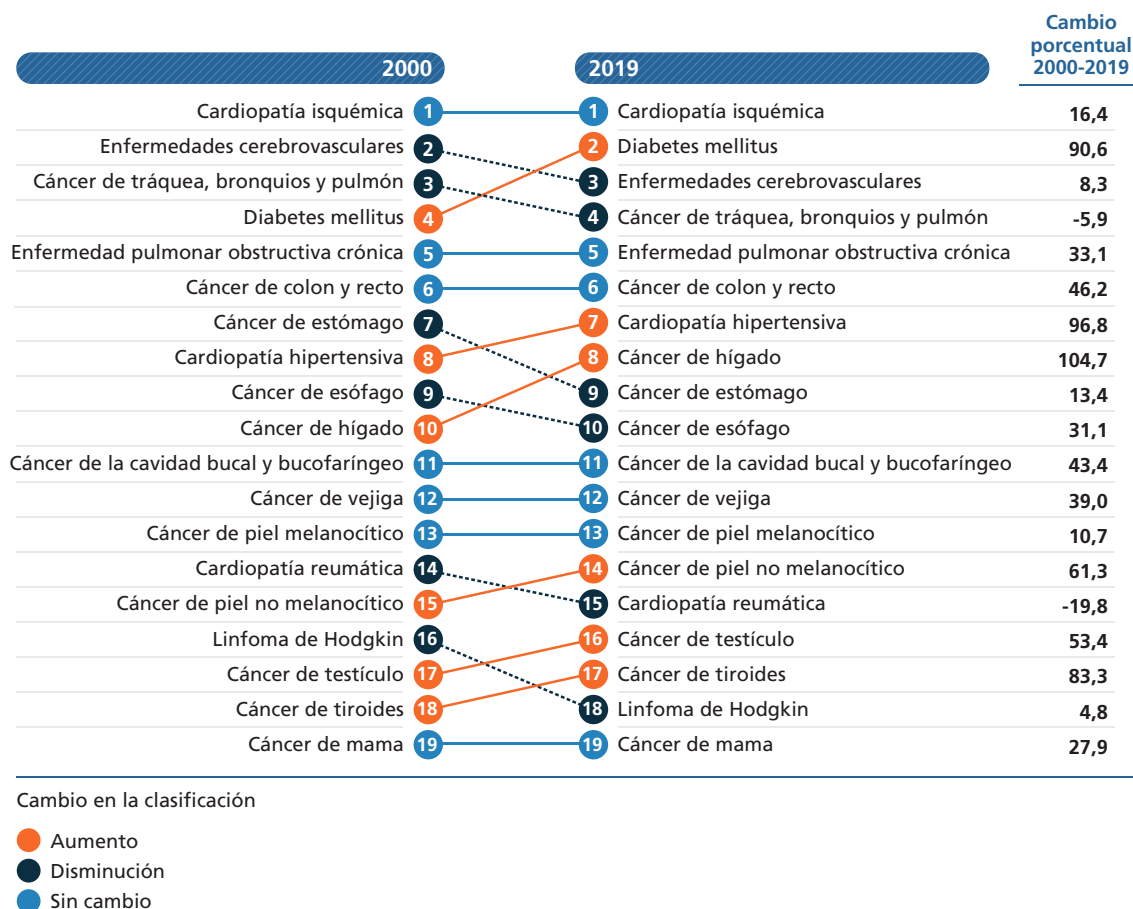
correspondiente al 2000 y el 2019. Además, se presenta el cambio porcentual en el número de muertes entre estos dos años.

En las mujeres, las cardiopatías isquémicas ocupan el primer lugar en los dos años del período analizado, con un aumento del 12,5% de las muertes por esta causa entre el 2000 y el 2019. Las muertes por diabetes mellitus aumentaron en 53,2% entre el 2000 y el 2019, y subieron un lugar entre el 2000 y el 2019, año en que pasaron a ocupar el segundo lugar. Si bien 13 causas se mantuvieron en el mismo lugar

tanto en el 2000 como en el 2019, presentaron diferencias en el aumento del número de muertes. Se destaca la tendencia del cáncer cervicouterino, con un aumento del 113,9% de las muertes entre el 2000 y el 2019. Solo dos causas mostraron una disminución, con una reducción del 23% en el caso de las muertes por cardiopatías reumáticas.

En los hombres, las cardiopatías isquémicas también ocupan el primer lugar, con un cambio porcentual en el número de muertes del 16,4% entre el 2000 y el 2019. Seis causas subieron de lugar, como la diabetes mellitus,

FIGURA 16 Muertes prematuras evitables por enfermedades no transmisibles en hombres (de 30 a 69 años), Región de las Américas, 2000 y 2019



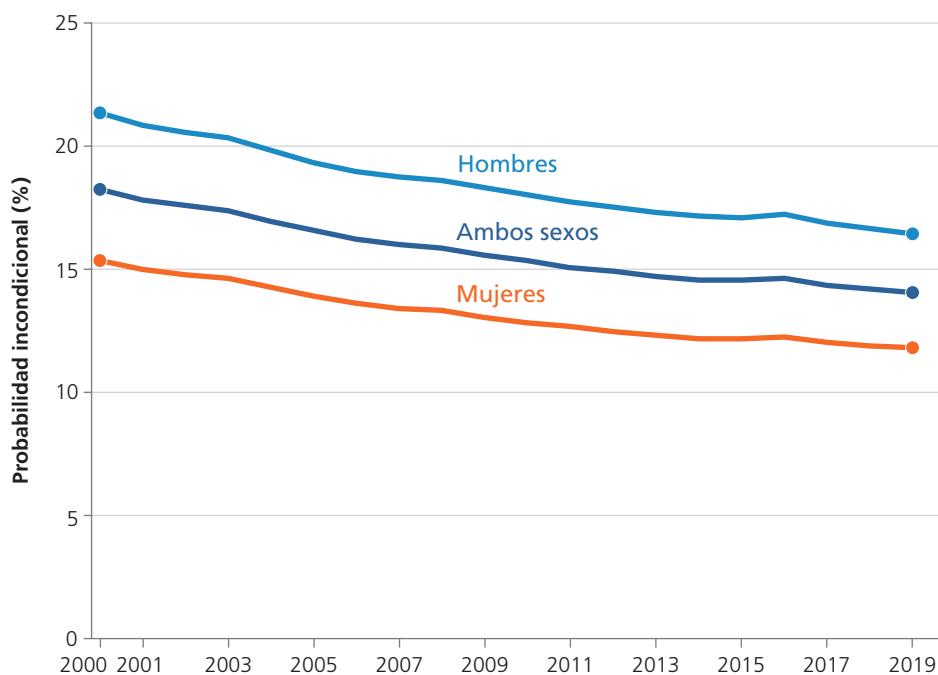
Fuente: OPS.

que ocupaba el segundo lugar en el 2019, y el cáncer de hígado, que es la causa con el mayor aumento de muertes, de casi un 105% en 20 años. Aunque seis causas bajaron de lugar entre el 2000 y el 2019, solo el cáncer de tráquea, bronquios y pulmón y las cardiopatías reumáticas mostraron una disminución en el número de muertes. Si las personas con estas afecciones hubieran tenido acceso a intervenciones preventivas y al tratamiento, se habrían salvado muchas vidas, en vista de que todas las causas analizadas son prevenibles.

Tendencias de la probabilidad incondicional de muerte por enfermedades no transmisibles

El indicador utilizado es la probabilidad incondicional de morir por enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes o enfermedades respiratorias crónicas entre las edades de 30 y 70 años. Esta probabilidad consiste en el porcentaje de personas de 30 años que morirían de una de estas cuatro enfermedades antes de cumplir 70 años (72). En la figura 17 se describe la tendencia regional de este indicador. Se puede ver que la probabilidad

FIGURA 17 Tendencia de la probabilidad incondicional de morir entre los 30 y los 69 años por cualquiera de las cuatro enfermedades no transmisibles principales en la Región de las Américas, 2000-2019



Fuente: OPS.

incondicional es mayor en los hombres que en las mujeres durante todo el período de estudio. Se estima que la probabilidad incondicional regional disminuyó el 22,9% entre el 2000 y el 2019, con un CPAP de -1,4% durante ese período. Si se usa como línea de base el valor de la probabilidad incondicional regional en el 2015 (14,5%), y suponiendo que se mantenga la misma tasa de reducción anual de los últimos 15 años (-1,5% entre el 2000 y el 2015) de aquí al 2030, se estima que el valor de la probabilidad incondicional regional podría llegar al 11,6% en el 2030. Este valor estimado es superior al previsto en la meta de “de aquí a 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar”, lo cual equivaldría al

9,7% en la Región si se toma como línea base el valor del 14,5% en el 2015 ($14,5 - 14,5/3 = 9,7$). Por otro lado, para alcanzar la meta regional de reducir la probabilidad incondicional en un tercio para el 2030, es decir, que el valor regional de la probabilidad incondicional sea del 9,7% en el 2030, cada país debe reducir su probabilidad incondicional con un CPAP de -2,7. Según la información de los países correspondiente a los últimos 15 años (2000-2015), ningún país ha reducido su probabilidad incondicional a ese ritmo; los países con el CPAP más alto en ese período fueron Colombia (-2,6), Trinidad y Tabago (-2,6), Belice (-2,4) y Canadá (-2,2).

Como es de esperar, los valores del indicador de probabilidad incondicional no se reducen en todos los países al mismo ritmo. Nueve países

de la Región presentaron una disminución de la probabilidad incondicional superior a la disminución regional entre el 2000 y el 2019 (cuadro 18). Por otro lado, en siete países, los valores de la probabilidad incondicional aumentaron, y uno de ellos presentó un aumento del 34,2% entre el 2000 y el 2019, con un CPAP del 1,5%. Estos resultados

indican la necesidad de aumentar en promedio los esfuerzos de prevención y tratamiento en los países de la Región para reducir la mortalidad prematura por ENT, especialmente en los países donde se observa un aumento de la probabilidad incondicional a lo largo del tiempo, a fin de lograr la reducción de un tercio establecida en la meta 3.4 de los ODS.

CUADRO 18 Probabilidad incondicional de morir entre los 30 y los 69 años de edad por cualquiera de las cuatro enfermedades no transmisibles principales en los países, Región de las Américas, 2000-2019

PAÍS	PROBABILIDAD INCONDICIONAL 2000	PROBABILIDAD INCONDICIONAL 2019	CAMBIO PORCENTUAL 2000-2019	CAMBIO PORCENTUAL ANUAL PROMEDIO 2000-2019
Trinidad y Tabago	28,7	17,1	-40,4	-2,7
Colombia	15,2	9,7	-35,8	-2,3
Canadá	14,4	9,6	-33,3	-2,1
Chile	14,3	10,0	-29,8	-1,9
Belice	23,4	16,5	-29,7	-1,9
Brasil	21,7	15,5	-28,4	-1,8
Costa Rica	12,9	9,5	-26,0	-1,6
Estados Unidos de América	18,1	13,6	-24,9	-1,5
Argentina	20,4	15,7	-22,9	-1,4
Uruguay	20,6	16,5	-19,9	-1,2
Perú	12,1	9,7	-19,3	-1,1
Guyana	35,7	29,2	-18,2	-1,1
Venezuela (República Bolivariana de)	17,4	14,8	-15,1	-0,9
San Vicente y las Granadinas	24,3	20,7	-15,0	-0,9
Ecuador	12,9	11,0	-14,1	-0,8
Panamá	12,4	10,7	-13,8	-0,8
Bolivia (Estado Plurinacional de)	20,8	17,9	-13,8	-0,8
Santa Lucía	20,3	17,7	-13,0	-0,7
Haití	34,5	31,3	-9,1	-0,5
Cuba	18,2	16,6	-9,0	-0,5
Jamaica	18,2	16,9	-7,2	-0,4
Antigua y Barbuda	18,9	17,6	-7,1	-0,4
México	16,8	15,6	-6,9	-0,4
Barbados	17,0	16,0	-6,0	-0,3

CUADRO 18 Probabilidad incondicional de morir entre los 30 y los 69 años de edad por cualquiera de las cuatro enfermedades no transmisibles principales en los países, Región de las Américas, 2000-2019 (continuada)

PAÍS	PROBABILIDAD INCONDICIONAL 2000	PROBABILIDAD INCONDICIONAL 2019	CAMBIO PORCENTUAL 2000-2019	CAMBIO PORCENTUAL ANUAL PROMEDIO 2000-2019
Suriname	24,0	22,7	-5,3	-0,3
Paraguay	16,8	16,0	-4,8	-0,3
Bahamas	19,9	19,9	0,3	0,0
Nicaragua	15,3	15,3	0,3	0,0
Granada	23,0	23,4	1,6	0,1
El Salvador	10,5	10,7	1,9	0,1
Honduras	17,1	18,7	9,6	0,5
Guatemala	14,9	16,5	10,2	0,5
República Dominicana	14,3	19,1	34,2	1,5
Región de las Américas	18,2	14,0	23,1	-1,4

Fuente: OPS.

Probabilidad incondicional de enfermedades no transmisibles en relación con las políticas costo-eficaces

Las cuatro causas principales de muerte prematura por ENT incluidas en el indicador 3.4.1 de los ODS están relacionadas con factores de riesgo comunes que pueden clasificarse en dos grupos: factores potencialmente modificables (consumo de tabaco, consumo nocivo de alcohol, actividad física insuficiente y alimentación poco saludable) y factores biológicos (hiperglucemia, hipertensión, sobrepeso y obesidad). Del mismo modo, se ha señalado la importancia de la contaminación ambiental como factor de riesgo de las enfermedades cardiovasculares. Además, las ENT son el producto de sistemas y estructuras fuertemente marcados por la inequidad en los servicios de salud, lo cual plantea un gran desafío.

Ningún país podrá alcanzar la meta establecida en el indicador 3.4.1 de los ODS para el 2030 centrándose solo en una enfermedad particular o en uno de sus factores de riesgo comunes (78, 79). Las medidas establecidas en los planes mundiales y regionales para el control y la prevención de las ENT tienen como finalidad aplicar políticas e intervenciones que conduzcan a la reducción de los factores de riesgo modificables y biológicos, lo cual daría lugar a una reducción de la mortalidad prematura.

A fin de reducir la prevalencia de los factores de riesgo en los países de la Región de las Américas, es necesario que cada país tenga la capacidad de aplicar, financiar y mantener políticas encaminadas a abordar las ENT y sus factores de riesgo. Se ha propuesto un conjunto de medidas costo-eficaces, conocidas internacionalmente como las mejores inversiones de la OMS en las ENT, para ayudar a los países a

adoptar una respuesta amplia e integrada. Estas medidas consisten en la aplicación de políticas sobre el control del tabaco, el consumo nocivo del alcohol, la alimentación poco saludable, la actividad física insuficiente y la respuesta de los servicios al manejo de las ENT (80).

En el 2019 se evaluó la implementación de medidas e intervenciones a nivel de país. Si bien la Región de las Américas es una de las regiones con los mayores avances, el progreso realizado por los países no es suficiente y varía mucho según la subregión (81). Entre las medidas que es necesario intensificar se encuentra la aplicación de políticas fiscales para reducir el consumo de tabaco, alcohol y bebidas azucaradas, así como para mejorar la respuesta de los servicios en cuanto al diagnóstico, el tratamiento y el control de la hipertensión y la diabetes mellitus.

Las ENT requieren una respuesta multisectorial, no solo del sector de la salud. El costo de la inacción es la disminución de la calidad de vida y el aumento de las muertes prematuras, así como efectos socioeconómicos y la sobrecarga de los servicios de salud (82).

Entre las medidas que es necesario intensificar se encuentra la aplicación de políticas fiscales para reducir el consumo de tabaco, alcohol y bebidas azucaradas

El costo de la inacción es la disminución de la calidad de vida y el aumento de las muertes prematuras, así como efectos socioeconómicos y la sobrecarga de los servicios de salud

Desafíos para el 2030

Sobre la base del análisis realizado de los indicadores seleccionados del ODS 3, no se pueden negar los avances que se han hecho en la Región de las Américas gracias a los esfuerzos de los países, pero persisten causas evitables de muerte que no deberían estar cobrando vidas dado que se cuenta con medidas eficaces de prevención y tratamiento. Los países deben determinar las causas evitables de muerte que aún representan la mayor carga y están menoscabando el cumplimiento de las metas del ODS 3. Otro desafío importante es la reducción de las desigualdades en la salud, que debe encararse no solo a nivel regional, sino también a nivel local y de país, ya que la detección de grupos específicos en situación de mayor vulnerabilidad es un paso esencial para reducir la mortalidad evitable. Las desigualdades en el período perinatal e incluso antes están relacionadas con resultados adversos en el parto. Además de su impacto en la mortalidad, se ha comprobado que están vinculadas a enfermedades que contribuyen a la carga de enfermedad y discapacidad y, en última instancia, a una mayor desigualdad en la salud.



NO
por fuer
los sanitario

iso c
mujer
as y p
dades



La mortalidad prematura potencialmente evitable y los sistemas de salud

La medición del acceso a los servicios de salud y de su calidad es una prioridad importante para las agendas de transformación de los sistemas de salud en la Región y en el mundo. En ese marco, la MPPE constituye un indicador clave del desempeño de los sistemas de salud pública y de los servicios de salud en lo que respecta a su capacidad para garantizar el acceso a servicios de salud integrales y de calidad (34, 83).

En consonancia con la Declaración de Alma-Ata, realizada en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (1978), los

países de la Región de las Américas han hecho importantes esfuerzos para garantizar el acceso universal y equitativo a servicios de salud e intervenciones de buena calidad, y atender así las necesidades de salud de su población (84). El logro del acceso universal y equitativo es fundamental, ya que el uso oportuno y eficaz de servicios de salud integrales y de calidad puede mejorar sustancialmente los resultados en materia de salud y, por lo tanto, contribuir a evitar la mortalidad prematura (83).

En este contexto se adoptó el concepto de cobertura universal de salud en el 2005,

Los países de la Región de las Américas han hecho importantes esfuerzos para garantizar el acceso universal y equitativo a servicios de salud e intervenciones de buena calidad, y atender así las necesidades de salud de su población

compromiso que se renovó con la aprobación de la declaración política de la reunión de alto nivel sobre la cobertura sanitaria universal en el 2019 (85), en la cual se evaluó su contribución a la Agenda 2030 y los objetivos con los que la comunidad internacional se ha comprometido (71). La Región de las Américas ha respaldado este compromiso con la adopción por los Estados Miembros de la OPS de la resolución CD53.R14, *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* (86), y el Pacto 30•30•30: Atención Primaria de Salud para la Salud Universal, que establece el objetivo de reducir en un 30% las barreras de acceso a los servicios de salud para el 2030 y aumentar la inversión en atención primaria (87).

Como se señaló en el capítulo 1, se considera que los parámetros para medir la MPPE proporcionan una indicación sólida de los resultados en materia de salud que son alcanzables por medio de políticas e

intervenciones encaminadas a mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud (33, 34, 88).

Avances hacia la salud universal y su relación con la mortalidad prematura potencialmente evitable

Se necesitan varias estrategias para mejorar el desempeño de los sistemas de salud en la Región a fin de influir de manera integral en sus diferentes componentes. El marco analítico utilizado en este capítulo es el marco de seguimiento para la salud universal en la Región de las Américas, elaborado por la OPS, que se describe en la figura 18 (89).

Siguiendo la lógica de este marco, se analiza en primer lugar la relación entre los indicadores de mortalidad prematura por causas potencialmente prevenibles y tratables, y las condiciones de acceso (barreras de acceso, cobertura y utilización de los servicios de salud). Después se examinan las medidas estratégicas (políticas, planes o leyes) por medio de las cuales se ha tratado de cambiar los sistemas de salud en la Región con miras a lograr el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Estas medidas estratégicas se agrupan de acuerdo con la resolución CD53.R14 (86).

El derecho a la salud, la equidad y la solidaridad son principios fundamentales de los procesos de reforma del sector de la salud en la Región de las Américas. Para los Estados Miembros de la OPS, el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (salud universal) significan que todas las personas y comunidades tengan acceso, sin ningún tipo de discriminación o barreras, a servicios integrales de salud adecuados, oportunos y de buena

FIGURA 18 Marco analítico para analizar el desempeño de los sistemas de salud como determinante de la mortalidad prematura potencialmente evitable



Fuente: adaptado de Organización Panamericana de la Salud. Marco de monitoreo para la salud universal en las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2021 [consultado el 18 de noviembre del 2021]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53299>.

calidad, sin sufrir dificultades económicas, y a intervenciones que propicien una vida saludable y el bienestar (86). Sobre la base de estos principios, las reformas de los sistemas de salud han tratado de alcanzar la salud universal mediante la aplicación progresiva de la estrategia integral de APS, la ampliación de la cobertura y la capacidad de los sistemas de salud, y el enfoque de determinantes sociales de la salud. Siguiendo el marco de análisis, en esta sección se examina la forma en que las condiciones de cobertura y acceso a servicios de salud integrales y de calidad influyen en la MPPE.

Cobertura y uso de servicios de salud integrales y de calidad

Aunque hay un debate sobre la contribución relativa de los servicios individuales de salud, las medidas para promover la salud de la población

y los determinantes sociales de la salud (88), en varios estudios se ha demostrado que el acceso a servicios de salud de calidad ayuda a mejorar los resultados en relación con varios problemas de salud, como las enfermedades infecciosas, las afecciones maternas y neonatales, el cáncer y muchas enfermedades crónicas, como las enfermedades cerebrovasculares, la diabetes y la nefropatía crónica (34).

Esto subraya la importancia de cerrar las brechas para lograr el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, y de cumplir la promesa de la Agenda 2030 de que nadie se quede atrás. A fin de poner de relieve esta necesidad, se usan los datos del índice de cobertura de servicios (ICS), una medición sintética de la cobertura universal de salud para determinar el progreso con respecto al indicador 3.8.1 de los ODS (90).

En varios estudios se ha demostrado que el acceso a servicios de salud de calidad ayuda a mejorar los resultados en relación con varios problemas de salud, como las enfermedades infecciosas, las afecciones maternas y neonatales, el cáncer y muchas enfermedades crónicas, como las enfermedades cerebrovasculares, la diabetes y la nefropatía crónica

Según el ICS, la Región de las Américas tuvo el nivel más alto (79) de cobertura de servicios de salud en el 2017 (90). A pesar de ello, hay importantes desigualdades entre los países de la Región, con ICS que van de 80 (Canadá) a 47 (Haití), y donde la mortalidad prematura por causas potencialmente prevenibles y tratables tiende a aumentar a medida que la cobertura de los servicios de salud esenciales disminuye según el ICS (figura 19).

Asimismo, los resultados del estudio de la carga mundial de enfermedad realizado por el Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria muestran una correlación estadísticamente significativa entre el índice de calidad y el acceso a la atención de salud, una medición sintética

basada en la mortalidad por causas tratables, y los indicadores de cobertura universal de salud e insumos del sistema de salud (33).

Las causas de estas diferencias son variadas, pero en muchos casos se relacionan con la capacidad de los sistemas de salud para atender las necesidades de la población y ampliar con la rapidez necesaria el nivel de cobertura de los servicios integrales de salud para toda la población. Es importante reconocer los diferentes factores que contribuyen a un mayor o menor avance hacia la cobertura universal de salud, teniendo en cuenta los diferentes contextos, a fin de informar mejor sobre las estrategias nacionales encaminadas a avanzar hacia la salud universal (83).

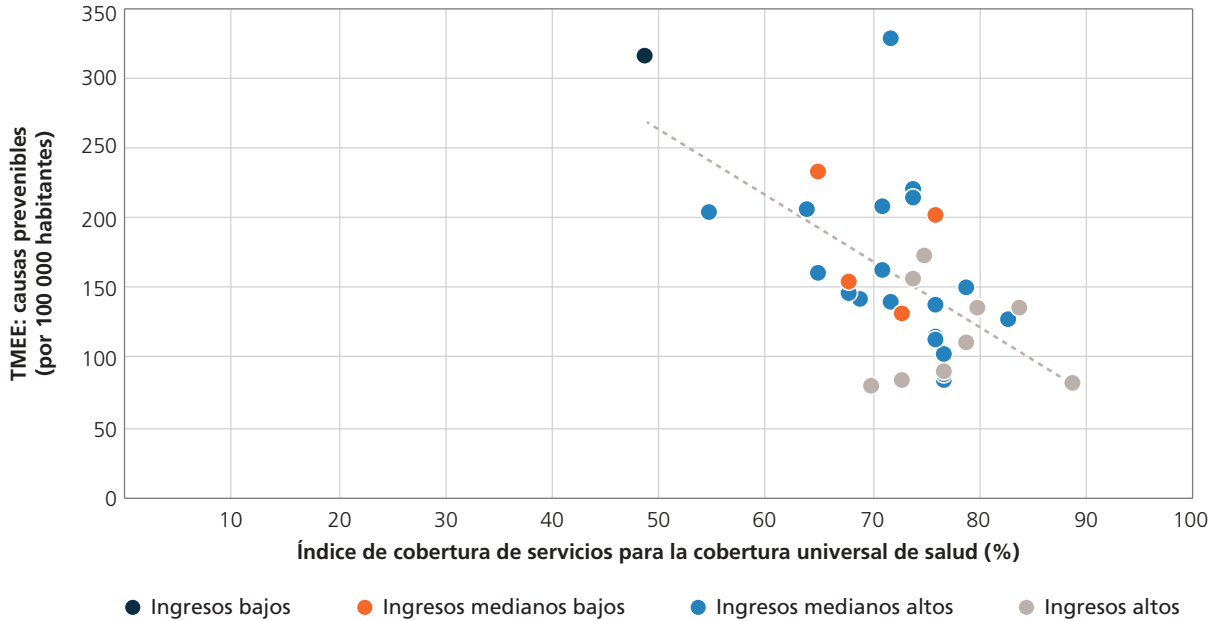
Necesidades de salud desatendidas y barreras de acceso

Aunque se reconoce que la mejora de la cobertura de los servicios de salud reduce de manera sustancial la mortalidad por causas que se consideran potencialmente evitables (83), cada vez hay más pruebas de que el uso de los servicios de salud por sí solo no es suficiente para mejorar los resultados en materia de salud, incluso en relación con estas causas. La persistencia de barreras en el acceso y la calidad de los servicios de salud indica que el aumento del uso de los servicios por sí solo no es suficiente para reducir la mortalidad evitable (33).

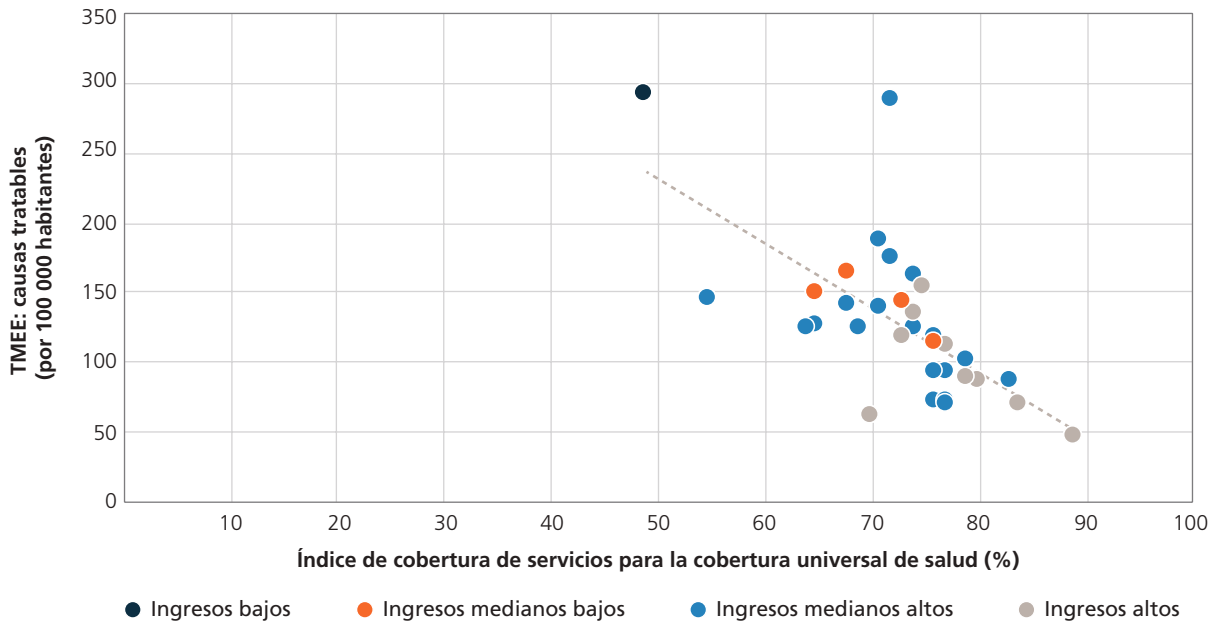
Por lo tanto, para encontrar soluciones sostenibles, es necesario incluir los diferentes factores que influyen en el acceso y la calidad de los servicios de salud. Sin embargo, eso no es tarea fácil, ya que los sistemas de salud de la Región de las Américas enfrentan

FIGURA 19 Relación entre la mortalidad prematura potencialmente evitable y el índice de cobertura de servicios para la cobertura universal de salud, Región de las Américas

19A. Mortalidad prematura por causas potencialmente prevenibles



19B. Mortalidad prematura por causas potencialmente tratables



Nota: El índice de cobertura de servicios integra 14 intervenciones de seguimiento tanto para la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil, como para el control de las enfermedades infecciosas, y para las enfermedades no transmisibles, que pueden modificarse por medio de iniciativas de salud pública y la prestación de servicios de salud individuales. TMEE: tasa de mortalidad estandarizada según la edad.

Fuente: cálculos de la OPS basados en datos del Observatorio Mundial de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (<https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/4834>) y datos de la OPS sobre mortalidad prematura potencialmente evitable.

Los sistemas de salud de la Región de las Américas enfrentan múltiples desafíos que les impiden atender las necesidades de salud de los diversos grupos poblacionales

múltiples desafíos que les impiden atender las necesidades de salud de los diversos grupos poblacionales y asegurar que haya condiciones para el acceso universal y equitativo.

A modo de ejemplo de la magnitud de este problema, se estima que, en promedio, alrededor de un tercio (29,3%; IC 95% [27,4 a 31,3]) de las personas de la Región no buscan atención adecuada cuando la necesitan (91). Este problema se debe principalmente a las numerosas barreras que les impiden buscar y utilizar servicios de salud de calidad cuando los necesitan. En las personas que informan que no acuden en busca de atención, el 17,2% atribuye su decisión a barreras administrativas (por ejemplo, largas esperas, horario de atención inadecuado y requisitos administrativos onerosos). Se notificaron barreras financieras en el 15,1% de los casos, disponibilidad inadecuada de recursos (por ejemplo, trabajadores de salud, medicamentos y suministros) en el 8,4% de los casos y barreras geográficas en el 5,4% de los casos. Es importante señalar que el 8,0% cita barreras de aceptabilidad (por ejemplo, barreras lingüísticas, falta de confianza

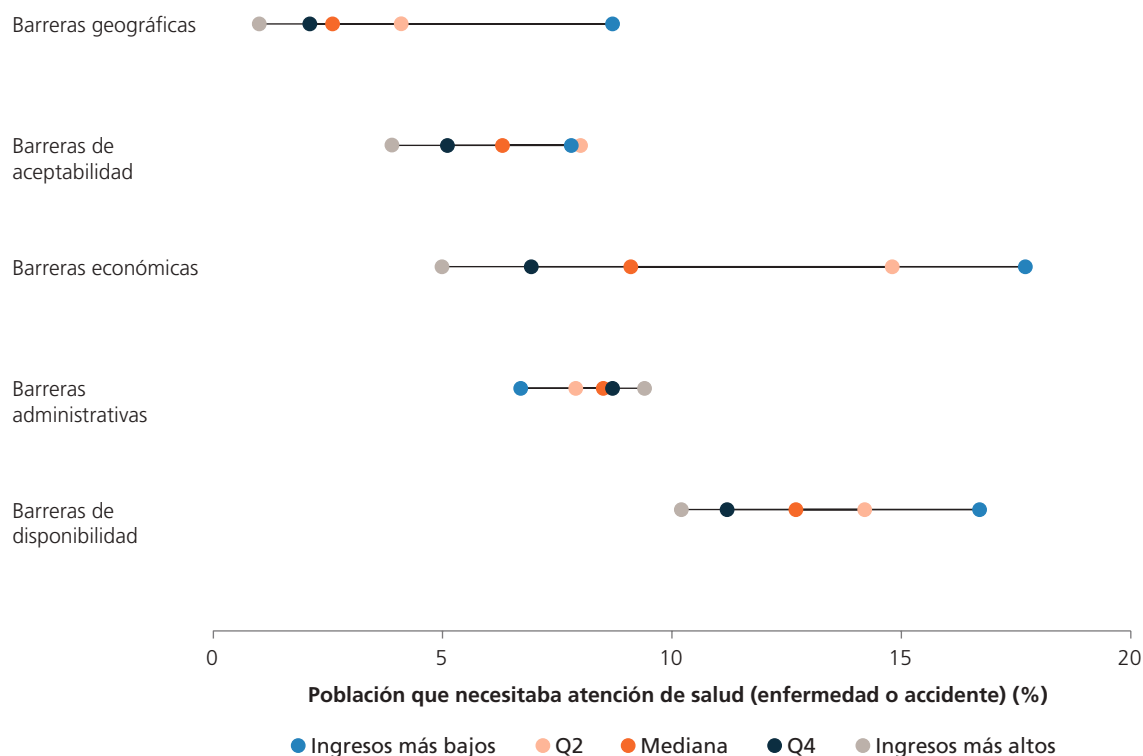
en los trabajadores de salud o abuso por parte del personal, y preferencia por la medicina tradicional e indígena). Las personas de los quintiles más pobres tenían más probabilidades de tropezar con barreras relacionadas con la aceptabilidad, el costo, la ubicación geográfica y la falta de disponibilidad de recursos (figura 20).

Estos factores se entrecruzan con las inequidades sociales sistémicas, como las relacionadas con la etnicidad, el género y la distribución de la riqueza, y amplían las barreras al acceso a servicios de salud de calidad.

Según estimaciones recientes, el 29,1% de la mortalidad por causas tratables en América Latina puede atribuirse al hecho de que las personas no usan los servicios de salud que necesitan, mientras que el 70,9% puede atribuirse a la calidad deficiente de los servicios de salud disponibles (33). La zona andina presenta el mayor porcentaje de mortalidad por causas tratables atribuible a la falta de acceso a servicios de salud (41,8%), y el Cono Sur presenta el mayor porcentaje atribuible a la calidad deficiente de la atención (74,0%) (33).

En la figura 21 se puede apreciar esta relación, que demuestra que la MPPE presenta una correlación estadísticamente significativa con las necesidades desatendidas en materia de atención de salud (medidas como el porcentaje de la población que no busca atención de salud a pesar de que dice que tienen alguna necesidad de salud). En ese caso, los países de la Región con mayores tasas de mortalidad prematura por causas potencialmente prevenibles y tratables tienden a tener un mayor porcentaje de la población que, debido a múltiples barreras de acceso, no busca atención de salud cuando la necesita.

FIGURA 20 Motivos por los cuales la población no busca atención de salud, Región de las Américas



Nota: Las barreras que llevan a las personas a no buscar atención médica se clasifican según las siguientes dimensiones del acceso: de aceptabilidad (la persona no confía en los médicos, los trabajadores de salud la maltratan, prefiere curarse con remedios caseros, o las normas de género, idioma y cultura menoscaban la búsqueda de atención); administrativa (largas esperas, falta de tiempo o complejidad de los requisitos administrativos); de disponibilidad (no hay suficientes médicos, medicamentos o servicios en el establecimiento de salud); económica (la persona no tiene dinero o no tiene un seguro que cubra el costo en especie); geográfica (la persona vive lejos del establecimiento de salud o no cuenta con un medio de transporte).

Fuente: cálculos de la OPS basados en encuestas de hogares sobre la salud y las condiciones de vida. Báscolo E, Houghton N, Del Riego A. Medición de las barreras al acceso a los servicios de salud en las Américas a través de datos de las encuestas de hogares. Rev Panam Salud Pública. 2020; 44:e100. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.100>. La encuesta más reciente disponible abarca 18 países con encuestas de hogares, 2011-2019. Las estimaciones son los promedios ponderados de cada país por tamaño de la población.

La tasa de mortalidad alta debida a la persistencia de barreras de acceso y a la atención deficiente prestada por los servicios de salud indica que el fortalecimiento de los sistemas de salud debe abordarse con un enfoque sistémico e integrado, como se explica con mayor detalle en la siguiente sección.

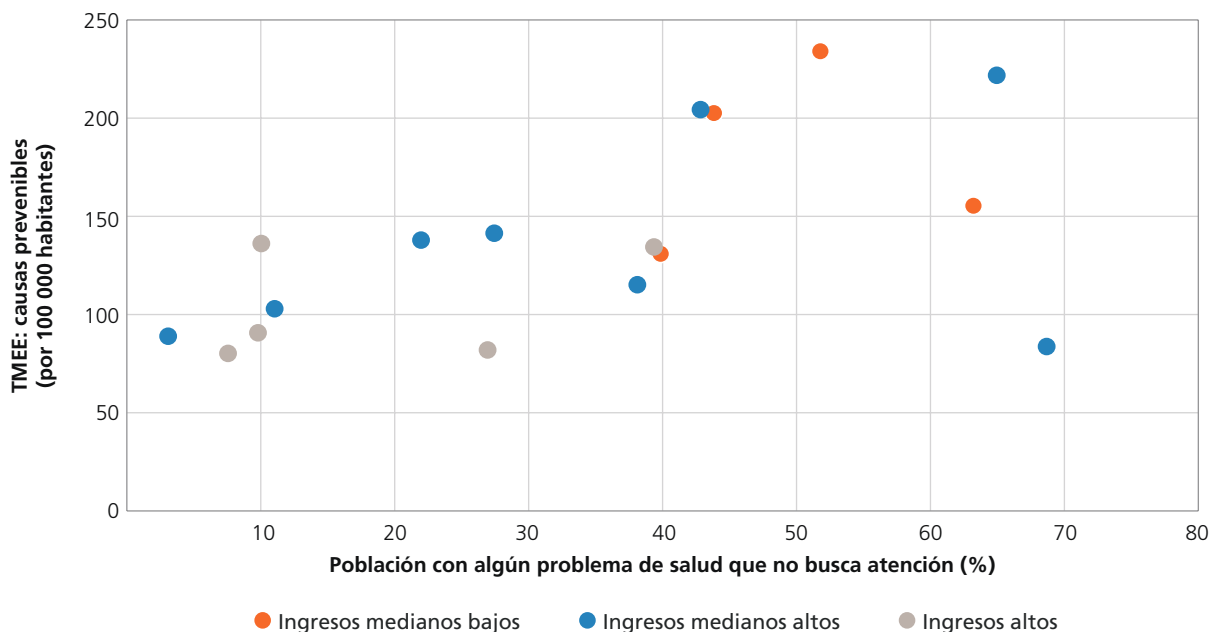
Estrategias para fortalecer los sistemas de salud

Los procesos de reforma del sector de la salud en la Región de las Américas se han

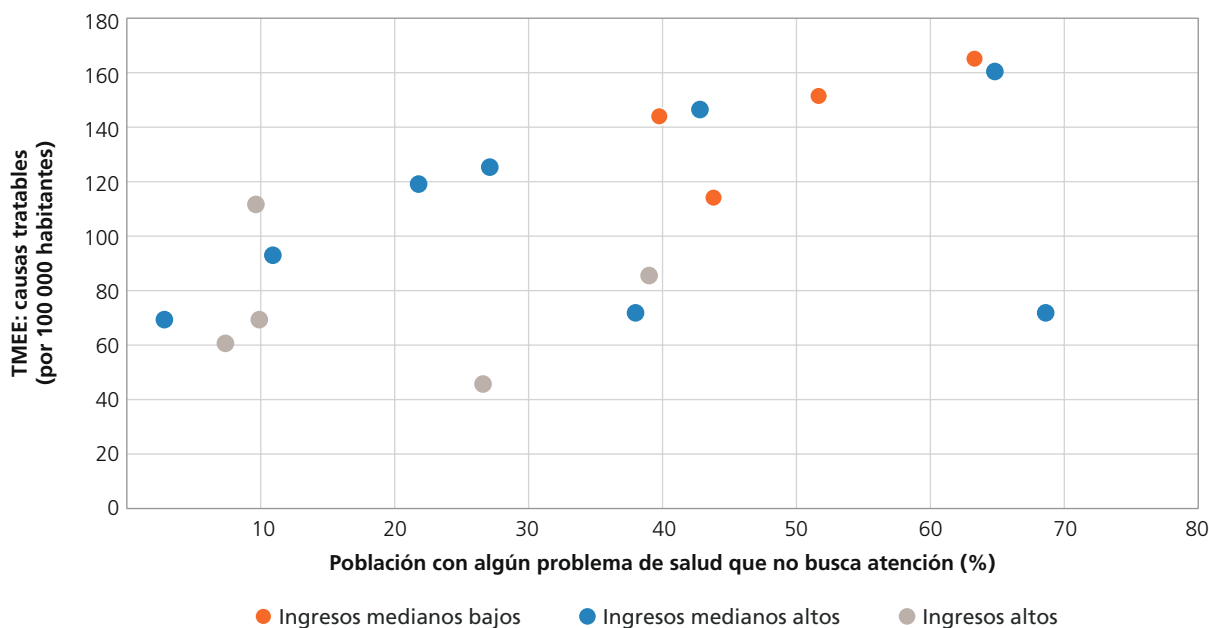
centrado en la construcción de sistemas nacionales de salud basados en la atención primaria y en el acceso universal y equitativo a los servicios de salud como estrategia para garantizar el pleno goce del derecho a la salud. El cumplimiento de estos principios requiere transformaciones profundas, y las políticas promovidas conducen a cambios en la organización de la prestación de servicios por medio de medidas orientadas a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Tales transformaciones podrían mejorar la

FIGURA 21 Relación entre la mortalidad prematura potencialmente evitable y las necesidades de atención de salud desatendidas, Región de las Américas

21A. Mortalidad prematura por causas potencialmente prevenibles y necesidades de atención de salud desatendidas



21B. Mortalidad prematura por causas potencialmente tratables y necesidades de atención de salud desatendidas



Nota: Las necesidades de atención de salud desatendidas son el porcentaje de la población que tiene alguna necesidad de salud (enfermedad o accidente) y no busca atención de salud. TMEE: tasa de mortalidad estandarizada según la edad.

Fuente: cálculos de la OPS basados en encuestas de hogares sobre la salud y las condiciones de vida, y datos de la OPS sobre mortalidad prematura potencialmente evitable. Los datos sobre las necesidades de salud desatendidas se publicaron originalmente en Báscolo E, Houghton N, Del Riego A. Medición de las barreras al acceso a los servicios de salud en las Américas a través de datos de las encuestas de hogares. Rev Panam Salud Pública. 2020; 44:e100. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.100>. La última encuesta disponible abarca 18 países con encuestas de hogares, 2011-2019. Las estimaciones son los promedios ponderados de cada país por tamaño de la población.

disponibilidad y la organización de recursos críticos del sistema de salud, y abordar los determinantes sociales de la salud.

La evidencia sobre el alcance y la profundidad de estas transformaciones con miras a mejorar la cobertura y la capacidad de los sistemas de salud de la Región se examina a continuación. Los Estados Miembros de la OPS definen la cobertura como “la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la población, lo cual incluye la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnologías de la salud (incluyendo medicamentos) y financiamiento”. La cobertura universal de salud es la existencia de “mecanismos de organización y financiación [...] suficientes para cubrir a toda la población”.⁶

Sobre esa base, en esta sección se analiza la relación entre la MPPE y los procesos que buscan transformaciones dirigidas a la expansión y reorganización de la oferta de servicios a partir de un modelo de atención integral, centrado en las personas y la comunidad, con una atención primaria fortalecida, la eliminación de los pagos directos y un aumento del gasto público destinado a la salud para priorizar la atención primaria. Este modelo también tiene en cuenta la introducción de diferentes mecanismos institucionales para fortalecer el papel rector de las autoridades de salud y aumentar la coordinación y la participación social en la salud,

⁶ Estas definiciones se utilizaron en documento CD53/5, Rev. 2 del 53.º Consejo Directivo de la OPS del 2014 sobre la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*. Véase: Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud [documento CD53/5, Rev. 2]. 53.º Consejo Directivo de la OPS, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014. Washington, D.C.: OPS; 2014. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/28276>.

El logro del acceso universal a la salud depende fundamentalmente de la disponibilidad de servicios integrales de salud, así como de su calidad y prestación oportuna

a fin de generar mejoras significativas en la regulación de los recursos críticos del sistema de salud y en la gobernanza intersectorial para la formulación y la aplicación de políticas que aborden los determinantes sociales.

Ampliación del acceso equitativo a servicios de salud integrales y de calidad

El logro del acceso universal a la salud depende fundamentalmente de la disponibilidad de servicios integrales de salud, así como de su calidad y prestación oportuna, en particular en el sector de la atención primaria, para responder de manera adecuada, y con equidad y eficiencia, a las necesidades de salud específicas y diferenciadas de la población y las comunidades. En ese sentido, con las reformas del sector de la salud se han tratado de abordar varios puntos débiles que limitan la capacidad de respuesta de los servicios al aumento de la morbilidad y mortalidad, como las inequidades en la cobertura y el acceso a los servicios; la infraestructura insuficiente y deteriorada, principalmente en las zonas rurales y más pobres; la fragmentación y calidad deficiente de la prestación de



© OPS

servicios; el énfasis predominante en la curación, y limitaciones de los enfoques intersectoriales y de la participación comunitaria con respecto a la salud.

En el marco de la estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, la calidad de los servicios consiste en atender las necesidades de salud de las personas, las familias y las comunidades sobre la base de las mejores prácticas, la ética y el conocimiento científico, a fin de contribuir a la equidad y el bienestar sin dejar a nadie atrás. Implica un cuidado particular de la diversidad y de las personas y los grupos en situación de vulnerabilidad. Para mejorar la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud es necesario transformar y fortalecer los sistemas de salud (92).

En la Región, la mortalidad atribuible a la calidad deficiente de la atención es alta

En la Región, la mortalidad atribuible a la calidad deficiente de la atención es alta, aunque varía mucho entre los países: de 44,7 a 292,3 muertes por 100 000 habitantes en el 2019. Además, la investigación sobre la seguridad de los pacientes ha mostrado la magnitud del problema. Un estudio realizado en 58 hospitales de cinco países de la Región mostró que el 10% de los pacientes habían sufrido un evento adverso como consecuencia de la atención en las 24 horas anteriores a

la revisión (la prevalencia aumentó al 20% cuando se tuvo en cuenta toda la duración de la estadía), y el 60% de estos eventos fueron calificados de evitables (93). En otro estudio, realizado en 22 centros de atención ambulatoria de cuatro países de la Región, se observó una prevalencia de eventos adversos del 5,2% en los seis meses anteriores, con una proporción de eventos evitables del 44% (94).

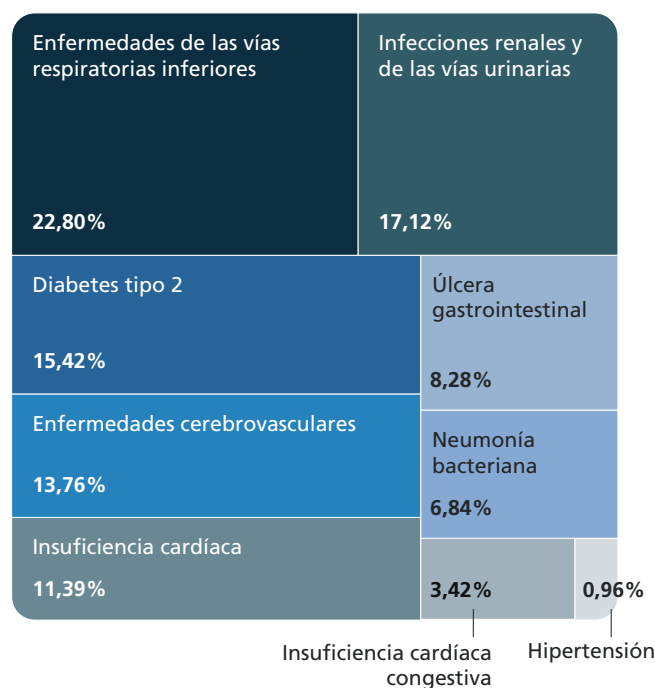
La investigación sobre la experiencia y la confianza de las personas, las familias y las comunidades en los servicios de salud muestra que hay un alto grado de insatisfacción. El análisis de las encuestas poblacionales de siete países de la Región (representativas de las tres cuartas partes de la población) mostró que el 30% de la población no tiene acceso a servicios preventivos ni de tratamiento. Solo el 39% de las personas encuestadas consideraron que la calidad de la atención era buena, y el 61% dijeron que el prestador no les había proporcionado ayuda para coordinar la atención (95).

Un enfoque integral y sistémico para mejorar la calidad de la atención requiere el fortalecimiento de la capacidad de respuesta de la atención primaria dentro de redes integradas de servicios de salud. En consecuencia, las hospitalizaciones por problemas que pueden resolverse por medio de la atención ambulatoria (hospitalizaciones evitables) son un indicador de que hay una oportunidad de mejorar la calidad, la oportunidad y la eficiencia de los sistemas. Por lo tanto, no causa sorpresa que hasta el 45% de las hospitalizaciones evitables sean por diabetes y patologías cardiovasculares (figura 22), en consonancia con las principales causas de MPPE.

En muchos países, las autoridades de salud no cuentan con suficiente información ni con metodologías avanzadas para el seguimiento y la evaluación de los recursos humanos para la salud a fin de facilitar la toma de decisiones

En la Región, la educación en ciencias de la salud ha aumentado con rapidez en los últimos decenios, pero la regulación de estos procesos está resultando insuficiente y han surgido preocupaciones acerca de la calidad de la educación, la importancia de muchos programas académicos y la práctica profesional consiguiente. La oferta de recursos humanos no concuerda con las necesidades de los sistemas de salud basados en la atención primaria con redes integradas de servicios de salud. Los trabajadores de salud tratan principalmente de dedicar su carrera profesional a las áreas de especialización hospitalaria, lo cual continúa afectando la disponibilidad y la retención de recursos humanos adecuados para la salud, especialmente en la atención primaria. En muchos países, las autoridades de salud no cuentan con suficiente información ni con metodologías avanzadas para el seguimiento y la evaluación de los recursos humanos para la salud a fin de facilitar la toma de decisiones (96).

FIGURA 22 Principales causas de hospitalizaciones evitables, datos consolidados correspondientes al Estado Plurinacional de Bolivia, Chile y Colombia, 2017-2018



Fuente: datos de la herramienta de la OPS en la web para el registro de hospitalizaciones que pueden atenderse en el ámbito de la atención primaria (<https://hevi.paho.org/>). Los datos hospitalarios de la herramienta en la web fueron enviados por los ministerios de salud de cada país (Bolivia [Estado Plurinacional de], Chile, Colombia).

En la figura 23 se pone de relieve la relación entre la MPPE y la disponibilidad de médicos.

En el 2015, solo el 42,9% de los países de la Región habían adoptado normas y procedimientos para la elaboración de directivas sobre la práctica clínica. La prescripción, la dispensación y el uso de medicamentos y otras tecnologías sanitarias inapropiados conducen a resultados deficientes en materia de salud (97). La variabilidad injustificable en la práctica clínica y el uso excesivo de la tecnología, como la tasa alta de cesáreas en la Región (40,5% en América Latina y el Caribe en el 2015), aumenta innecesariamente los riesgos y los costos en los sistemas de salud (98).

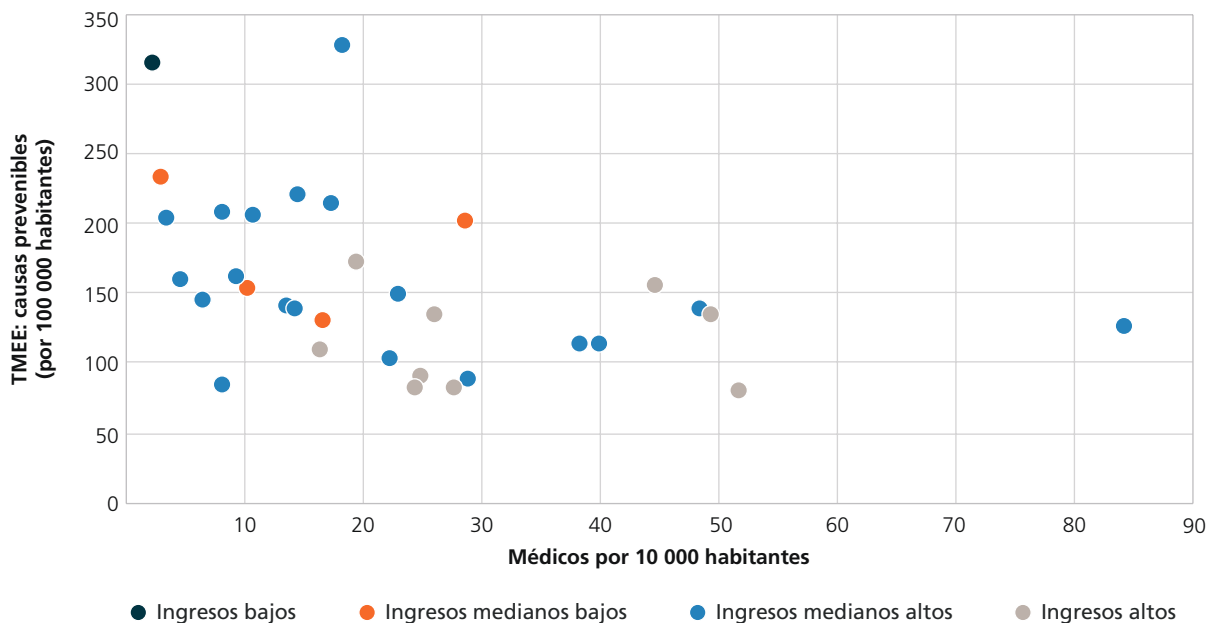
Fortalecimiento del liderazgo y la gobernanza

Las reformas de los sistemas de salud para avanzar hacia la salud universal en la Región de las Américas se han guiado por objetivos y principios definidos por el liderazgo de las autoridades de salud que han priorizado los cambios en las estructuras de gobernanza de los sistemas.⁷ Estas innovaciones en la gobernanza de los sistemas de salud incluyen una variedad

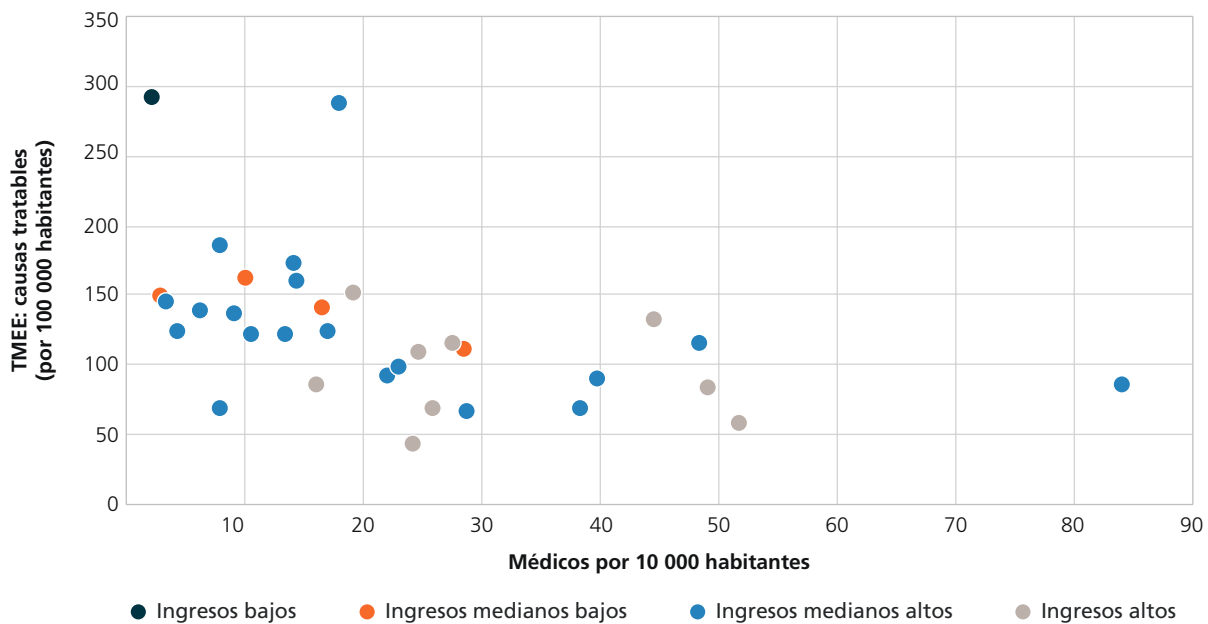
⁷ Para los efectos del presente informe, se entiende por liderazgo la capacidad de las autoridades de salud para liderar con el fin de organizar y apoyar una acción conjunta que permita crear, fortalecer o cambiar estructuras de gobernanza del sistema de salud. Por gobernanza se entienden los mecanismos institucionales que regulan a los actores y los recursos críticos que influyen en las condiciones de cobertura y acceso del sistema de salud.

FIGURA 23 Relación entre la mortalidad prematura potencialmente evitable y la disponibilidad de recursos humanos, Región de las Américas

23A. Mortalidad prematura por causas potencialmente prevenibles



23B. Mortalidad prematura por causas potencialmente tratables



Nota: TMEE: tasa de mortalidad estandarizada según la edad.

Fuente: cálculos de la OPS basados en datos sobre la densidad del personal de salud obtenidos de la plataforma de información en salud para las Américas: Portal de Indicadores Básicos, Región de las Américas, 2019 (<https://opendata.paho.org/es/indicadores-basicos>) y datos de la OPS sobre mortalidad prematura potencialmente evitable.

de estructuras institucionales, entre ellas la gobernanza de las intervenciones poblacionales, la gestión de los servicios de salud individuales, el seguro de la población y los mecanismos de coordinación intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud. Estas distintas innovaciones institucionales varían en cuanto a su eficacia para mejorar las condiciones de acceso y los resultados en materia de salud, según su influencia en la organización de los servicios y la asignación de recursos críticos (financieros, humanos y tecnológicos, así como de infraestructura), la presencia de medidas intersectoriales y el diseño de intervenciones que aborden los determinantes sociales de la salud.

Sin embargo, estas innovaciones institucionales han mostrado limitaciones para abordar las desigualdades estructurales en la asignación de recursos críticos. Estas condiciones de desigualdad han tenido una influencia significativa en la MPPE (cuadro 19). Es evidente que la configuración institucional del sistema de salud, los recursos asignados y la estructura de gobernanza del financiamiento y la prestación de los

Estas innovaciones institucionales han mostrado limitaciones para abordar las desigualdades estructurales en la asignación de recursos críticos

servicios de salud tienen mucha influencia en la determinación de las condiciones de acceso, así como en los resultados en materia de salud de la población.

Además, la evidencia indica que la evolución de las barreras de acceso y, en particular, el impacto en las condiciones de equidad, depende del tipo de reformas realizadas (99). Las reformas centradas en la promoción de políticas de APS han sido más eficaces porque están orientadas al fortalecimiento de la capacidad de respuesta de la atención primaria en los territorios con personas en situación de mayor vulnerabilidad social.

CUADRO 19 Desigualdad de la mortalidad prematura potencialmente evitable según la asignación de recursos cruciales del sistema de salud, Región de las Américas

	PROMEDIO REGIONAL	LI	LS	IDP	LI	LS	ICDS	LI	LS
Gasto en salud	138,6	138,3	138,8	-36,3	-55,1	2,5	-7,1	-18,3	4,2
Gasto directo de bolsillo en salud	138,6	138,3	138,8	-24,0	-46,4	21,1	-4,9	-15,9	6,2
Densidad de profesionales de la salud	138,6	138,3	138,8	-34,1	-53,6	5,8	-5,5	-16,5	5,6

Nota: ICDS: índice de concentración de la desigualdad en la salud; IDP: índice de desigualdad basado en la pendiente; LI: límite inferior; LS: límite superior (del intervalo de confianza del 95%).

Fuente: OPS.

Sin embargo, algunos países, como El Salvador y Paraguay, han logrado reducir las inequidades en cuanto a las barreras de acceso a pesar de las condiciones sociales desfavorables (cuadro 20). Estos casos se destacan por la aplicación de políticas de atención primaria en zonas con mayores necesidades de salud. Sin embargo, algunos países de ingresos medianos altos con mayores niveles de asignación de recursos han tenido mayores dificultades para reducir las inequidades en la salud cuando las políticas aplicadas se han limitado a la expansión de las condiciones de cobertura de seguros y la promoción de la competencia entre actores privados.

El fortalecimiento de las capacidades institucionales de las autoridades de salud es una condición esencial para garantizar una lógica de reforma y fortalecimiento de los sistemas de salud que pueda atender las necesidades de salud de la población y abordar los factores de riesgo, cuyos determinantes son ambientales y sociales.

Siguiendo esta lógica, un nuevo enfoque de las funciones esenciales de salud pública trata de elaborar una agenda para desarrollar la capacidad de las autoridades mediante un proceso de formulación de políticas de salud con una perspectiva integral, que aborde el acceso

CUADRO 20 Evolución clínica de las condiciones de acceso y cobertura en algunos países seleccionados de América Latina

PAÍS	AÑO	POBLACIÓN SIN ACCESO A SERVICIOS			COBERTURA DE SEGURO		
		PROMEDIO	20% MÁS POBRE	20% MÁS RICO	PROMEDIO	20% MÁS POBRE	20% MÁS RICO
(%)							
Chile	2013	7	7	6	95	96	95
	2015	7	7	6	98	98	98
Colombia	2010	21	26	14	89	85	95
	2016	26	32	19	96	94	97
El Salvador	2011	43	46	43	17	5	36
	2016	41	42	37	24	7	43
Guatemala	2011	46	52	37	11	4	20
	2014	47	56	39	11	2	27
México	2012	12	15	8	76	76	77
	2014	20	25	14	80	78	81
Paraguay	2012	32	43	24	24	3	58
	2016	25	27	22	24	3	58
Perú	2010	68	76	62	63	72	61
	2016	66	69	61	76	82	74
Uruguay	2012	7	9	6	97	96	98
	2016	5	8	5	98	97	99

Fuente: Báscolo E, Houghton N, Del Riego A. Lógicas de transformación de los sistemas de salud en América Latina y resultados en acceso y cobertura de salud. Rev Panam Salud Pública. 2018;42:e126. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49472>.

El fortalecimiento de las capacidades institucionales de las autoridades de salud es una condición esencial para garantizar una lógica de reforma y fortalecimiento de los sistemas de salud que pueda atender las necesidades de salud de la población

a los servicios para las personas y la población, e intervenciones intersectoriales que incidan en los determinantes sociales de la salud (100).

En este proceso, es necesario tener en cuenta cuatro aspectos principales interrelacionados:

- La evaluación de la situación de salud y sus determinantes: incorpora las capacidades relacionadas con la institucionalización de los procesos de análisis, seguimiento y evaluación, así como las condiciones de acceso a los servicios de salud, y los diferentes tipos de barreras, la calidad de los servicios, las inequidades y sus determinantes.
- La formulación de políticas: se refiere a las capacidades que deben tener las autoridades de salud para liderar la formulación de políticas de salud que prioricen el tratamiento de las causas, los factores de riesgo y los determinantes detectados,

la adopción de una perspectiva integral para garantizar el acceso de personas y grupos a los servicios, y la ejecución de medidas intersectoriales vinculadas a políticas sociales que incidan en los determinantes sociales de la salud. Esta etapa requiere la formación y consolidación de alianzas políticas con otros actores y la construcción social de mecanismos de voz que faciliten la viabilidad y la adaptación de la implementación a las necesidades de salud de la población.

- La asignación de recursos: se refiere a la capacidad para ejercer gobernanza de la administración y la asignación de recursos críticos a fin de respaldar la formulación de políticas de salud y garantizar la viabilidad de su ejecución. Estos recursos deben incluir la gama de intervenciones de salud pública y proteger especialmente la asignación de recursos a intervenciones dirigidas a factores de riesgo, servicios de salud de la población y acción intersectorial para incidir en la MPPE.
- La garantía de acceso a la salud: se refiere a la capacidad para organizar intervenciones de salud pública. Esta capacidad asume una función sustantiva, ya que permite reconocer a los actores, las estructuras y los organismos responsables de la gestión de las condiciones para garantizar el acceso efectivo por medio del conjunto de intervenciones de salud pública.

Aumento y mejora del financiamiento, con equidad y eficiencia, y eliminación de los pagos directos

Los países de la Región han logrado grandes avances en materia de financiamiento de la

Los países de la Región han logrado grandes avances en materia de financiamiento de la salud

salud, incluida la reducción del gasto directo de bolsillo destinado a la salud. Esto ha sido posible con la promoción de servicios gratuitos y de la eliminación de los pagos directos en el lugar donde se prestan los servicios. Sin embargo, los pagos directos en el lugar donde se prestan los servicios (o gastos de bolsillo) siguen siendo una fuente importante de recursos (más de un tercio del gasto total en salud en la Región) y aumentan el riesgo de que los hogares enfrenten una situación financiera catastrófica o caigan en la pobreza (o de que se exacerbe su pobreza), y están relacionados con la MPPE (92).

Además, debido a la segmentación del financiamiento, los diferentes grupos poblacionales tienen distinto grado de acceso y cobertura, con una distribución limitada de riesgos y solidaridad, lo cual aumenta la inequidad y produce ineficiencias evitables en la gestión de los recursos. En la Región, el gasto público en salud es, en promedio, apenas el 4,1% del PIB y sigue muy por debajo de la meta regional del 6% del PIB como mínimo (45). Además, la corrupción afecta la cultura institucional y desvía recursos necesarios destinados a la atención de la salud, lo cual tiene efectos perjudiciales que, por lo general, afectan más a las personas en situación de vulnerabilidad.

La forma en que se recaudan, se asignan, se distribuyen y se organizan los recursos financieros en el ámbito de la salud tiene efectos directos e indirectos en la calidad de los servicios (92). En la asignación de recursos siguen prevaleciendo la presupuestación histórica y el mecanismo de honorarios por servicios prestados o por servicio. El establecimiento de mecanismos de asignación de recursos que coincidan con los objetivos del sistema de salud, así como la racionalización de la introducción de nuevas tecnologías, siguen siendo áreas en las que pocos países muestran avances significativos (92).

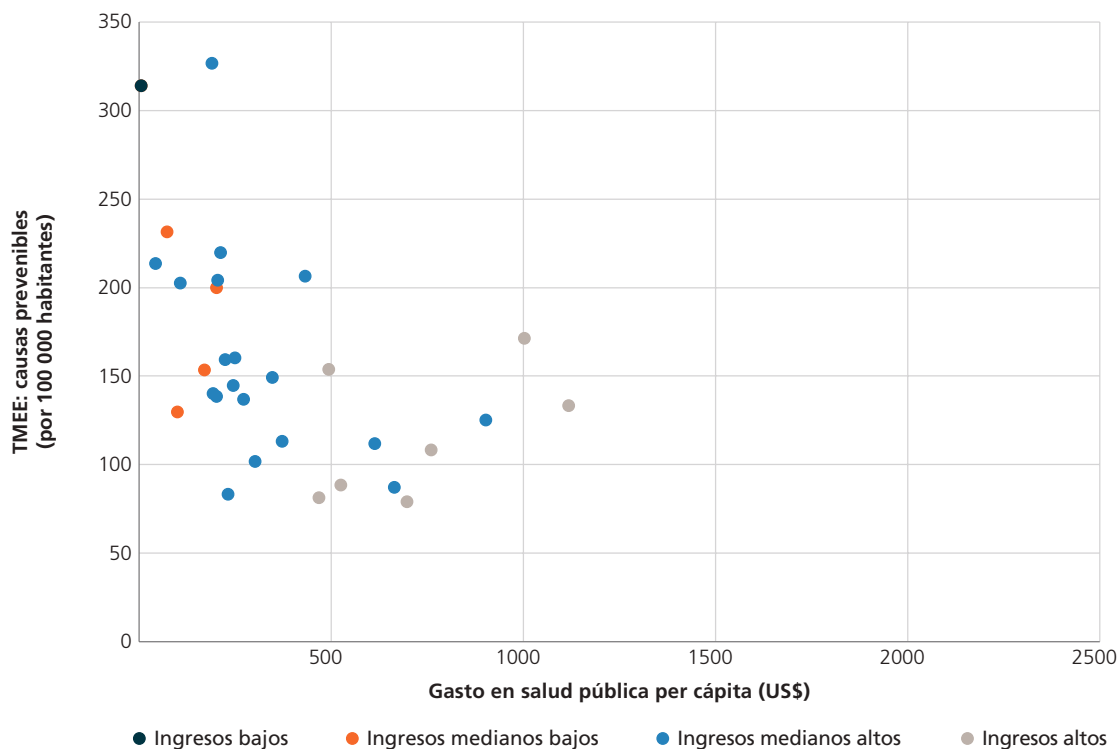
Para aumentar la inversión pública en salud con eficiencia y equidad, es necesario que los recursos disponibles para la salud se distribuyan hacia la organización de los servicios y sus prestadores, de modo que se produzcan servicios y se tomen las medidas necesarias para disminuir notablemente la morbilidad y la mortalidad y aumentar la protección financiera de los hogares, lo cual posibilita el acceso con equidad a servicios de salud de calidad (101).

En la figura 24 se ejemplifica esta relación y se muestra que la MPPE presenta una correlación inversa con el gasto público en salud medido en valores per cápita (y ajustado por paridad del poder adquisitivo). Los países de la Región con un mayor porcentaje de mortalidad prematura por causas tanto prevenibles como tratables tienden a presentar un menor gasto per cápita en la salud pública, y viceversa.

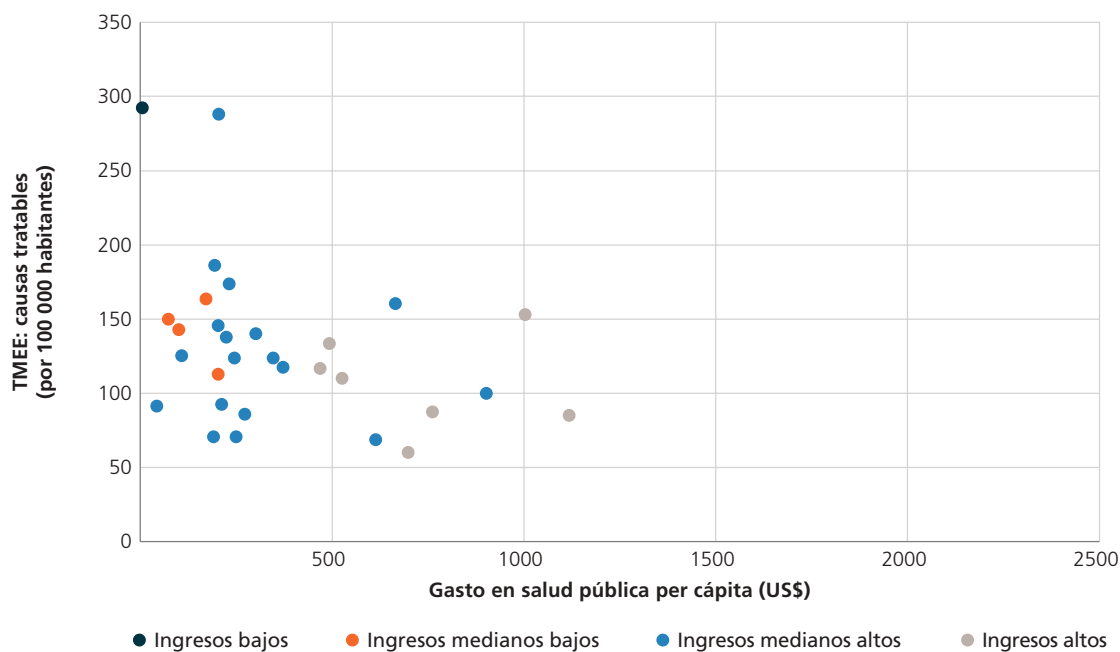
Sin embargo, cuando hay una relación comprobada entre la MPPE y el gasto directo de bolsillo medido como porcentaje del gasto

FIGURA 24 Relación entre la mortalidad prematura potencialmente evitable y el gasto en salud per cápita, Región de las Américas

24A. Mortalidad prematura por causas potencialmente prevenibles



24B. Mortalidad prematura por causas potencialmente tratables



Nota: TMEE: tasa de mortalidad estandarizada según la edad.

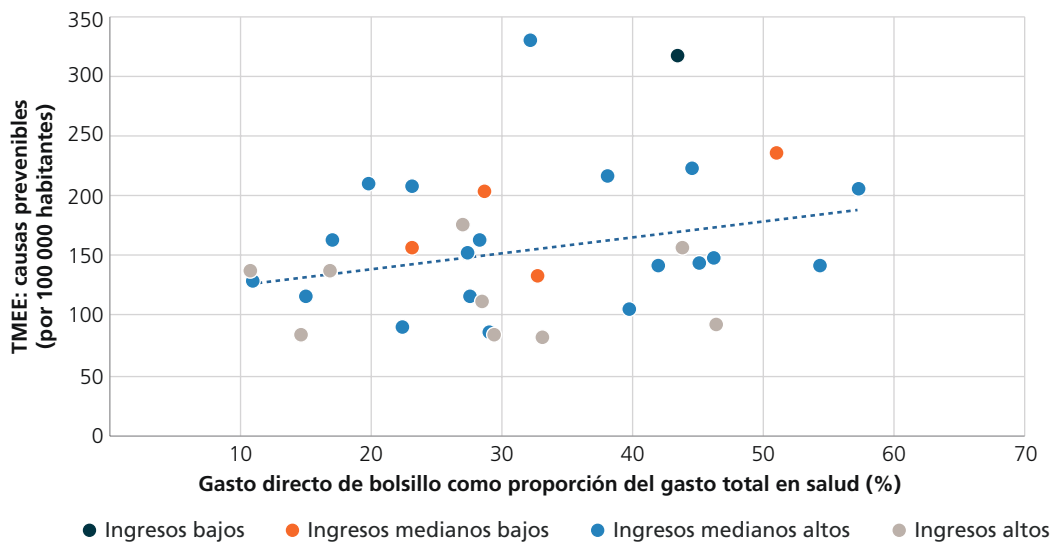
Fuente: cálculos de la OPS basados en datos obtenidos de la base de datos mundial de la OMS sobre gasto sanitario (<https://apps.who.int/nha/database>) y datos de la OPS sobre mortalidad prematura potencialmente evitable.

corriente total, la correlación es directa. En este caso, en los países de la Región con una mayor MPPE, el gasto directo de bolsillo tiende a ser mayor como proporción del total del gasto en la salud (figura 25).

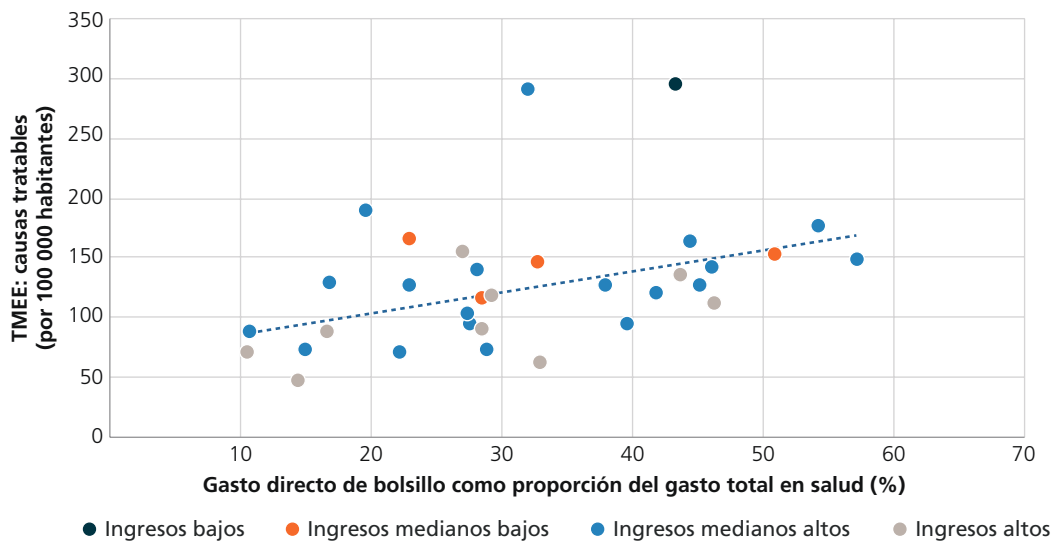
Al analizar la MPPE por nivel de protección financiera se observa una tendencia marginal: los países con mayores niveles de mortalidad tienen un mayor nivel de gastos catastróficos, que llega al umbral del 25%

FIGURA 25 Relación entre la mortalidad prematura potencialmente evitable y el gasto directo de bolsillo, Región de las Américas

25A. Mortalidad prematura por causas potencialmente prevenibles



25B. Mortalidad prematura por causas potencialmente tratables



Nota: TMEE: tasa de mortalidad estandarizada según la edad.

Fuente: cálculos de la OPS basados en datos obtenidos de la base de datos mundial de la OMS sobre gasto sanitario (<https://apps.who.int/nha/database/>) y datos de la OPS sobre mortalidad prematura potencialmente evitable.

del consumo o el ingreso de los hogares. Se observa una tendencia más clara cuando se incluye el umbral de pobreza relativa, es decir, la MPPE es mayor cuando hay menor protección financiera (figura 26).

Los resultados presentados sobre el gasto directo de bolsillo, la protección financiera y la relación con la MPPE requieren una reflexión más profunda. Hay evidencia de que el gasto catastrófico conduce a un uso inequitativo de los servicios de salud (102).

Fortalecimiento de la coordinación intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud

La acción intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud es responsabilidad de las autoridades de salud. Para desempeñar esta función, es necesario establecer cuáles son estos determinantes y cooperar o coordinarse con otros sectores institucionales que realicen intervenciones que puedan influir en ellos y en la mortalidad. En el cuadro 21 se presenta el peso de los determinantes sociales a través de la incidencia de algunos estratificadores estructurales en la MPPE en la Región.

Este argumento justifica la necesidad de ampliar la influencia de los ministerios de salud para contribuir al desarrollo de sistemas de protección social que permitan mitigar la pobreza, las desigualdades y las inequidades que prevalecen en la estructura empresarial y económica de varios países de la Región. Este enfoque debe comenzar con un análisis de la situación a nivel

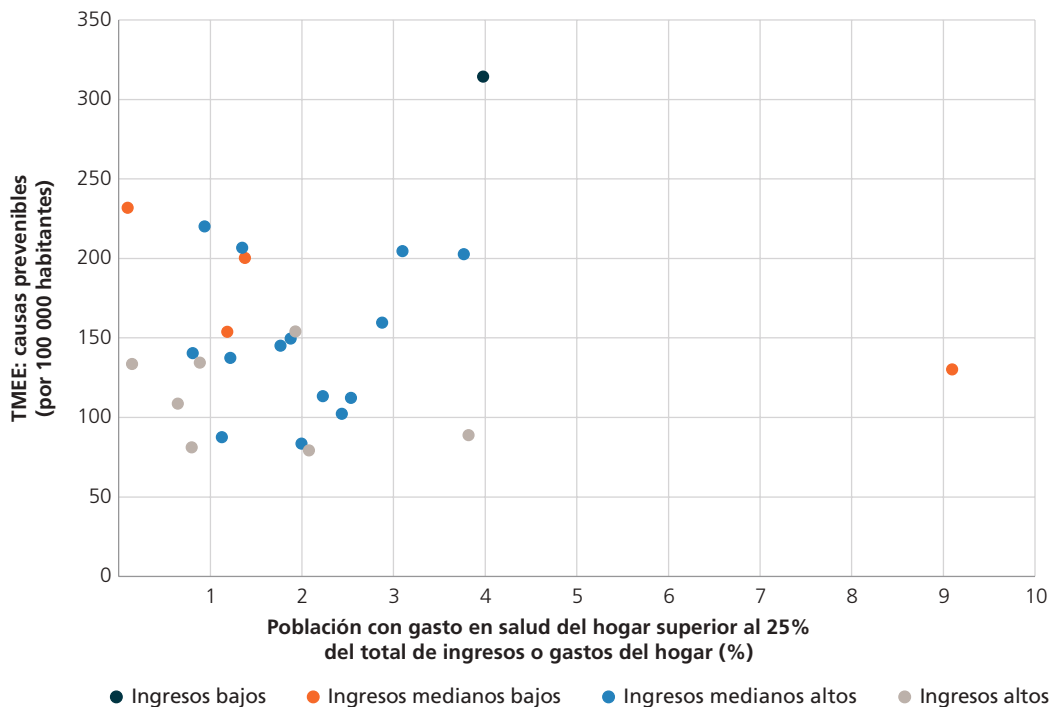
territorial, teniendo en cuenta la condición particular de cada país o región (45).

Las intervenciones incluidas en los regímenes de protección social abarcan componentes contributivos y no contributivos. En ambos casos, el ejercicio del liderazgo de las autoridades de salud abarca diferentes tipos de responsabilidad. Entre las intervenciones no contributivas cabe señalar las transferencias, en efectivo o en especie, sujetas o no a una responsabilidad compartida (programas de transferencias condicionadas, pensiones sociales u otras), subsidios al consumo, empleos de emergencia, promoción de servicios sociales y acceso a estos servicios. En el caso de las transferencias condicionadas, el papel de las autoridades de salud ha sido esencial para establecer los requisitos en términos de controles de salud y atención a los que se debe dar seguimiento en la población beneficiaria. Estos tipos de medidas han facilitado el acceso a los servicios de salud para grupos vulnerables, especialmente la población infantil y las mujeres embarazadas.

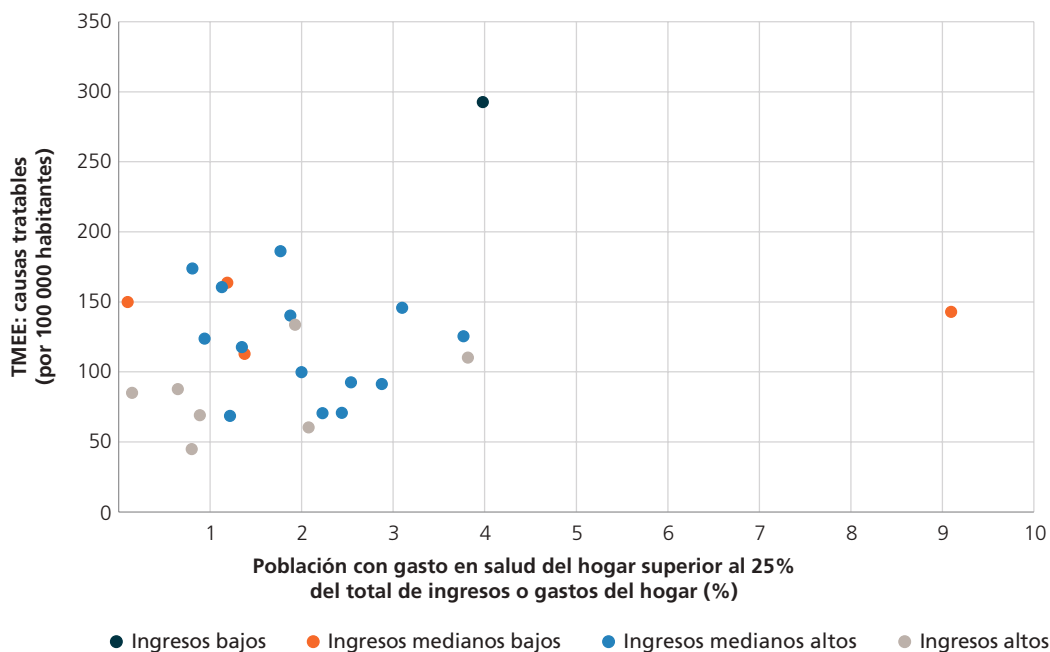
Entre los componentes contributivos cabe señalar los sistemas de pensiones contributivas (a la vejez, a la invalidez), el seguro de salud, el subsidio de desempleo y la licencia (de maternidad o paternidad, por enfermedad). Un aspecto conexo es la posibilidad de integrar la regulación del mercado laboral, como la regulación y la supervisión de las normas laborales encaminadas a promover y proteger el trabajo decente por medio de contratos, las negociaciones sindicales sobre las condiciones de trabajo, la seguridad ocupacional, el salario mínimo, la eliminación del trabajo infantil

FIGURA 26 Relación entre la mortalidad prematura potencialmente evitable y la protección financiera en la salud de los hogares, Región de las Américas

26A. Mortalidad prematura por causas potencialmente prevenibles y gasto empobrecedor en salud



26B. Mortalidad prematura por causas potencialmente tratables y gasto empobrecedor en salud



Nota: TMEE: tasa de mortalidad estandarizada según la edad.

Fuente: cálculos de la OPS basados en datos del Observatorio Mundial de la Salud de la OMS (<https://www.who.int/data/gho/data/major-themes/universal-health-coverage-major>) y datos de la OPS sobre mortalidad prematura potencialmente evitable.

CUADRO 21 Estratificadores estructurales de la mortalidad prematura potencialmente evitable y relación con la capacidad de los sistemas de salud, Región de las Américas

ESTRATIFICADORES ESTRUCTURALES DE LA MPPE	PROMEDIO REGIONAL	ÍNDICE DE EFECTO LINEAL		ÍNDICE DE EFECTO ASINTÓTICO					
		LI	LS	LI	LS				
Producto interno bruto	138,6	138,3	138,8	-0,006	-0,0012	0,0	-59,9	-97,1	-22,6
Años de escolaridad	138,6	138,3	138,8	-10,1	-16,3	-3,9	-275,5	-430,0	-121,0
Cobertura de saneamiento	138,6	138,3	138,8	-1,9	-3,0	-0,7	-333,4	-521,6	-145,2

Nota: LI: límite inferior; LS: límite superior (del intervalo de confianza del 95%); MPPE: mortalidad prematura potencialmente evitable.

Fuente: OPS.

y la antidiscriminación política. Aunque la participación de las autoridades de salud en el componente contributivo se da de diversas maneras, es preciso señalar que estas autoridades se encargan de regular y coordinar el sistema de seguridad social para la salud

por medio del desarrollo y la expansión del sistema de cobertura de salud en el mercado laboral formal, con el fortalecimiento de la regulación de las condiciones de trabajo de los miembros y las condiciones de vida de cada miembro de su grupo familiar.



La mortalidad prematura potencialmente evitable en el contexto de los desastres y las emergencias de salud

Los desastres y las emergencias de salud contribuyen directamente a la MPPE, ya que las muertes resultantes de estos eventos son en su mayoría evitables y, por lo tanto, requieren una mayor capacidad de respuesta para reducir las consecuencias. Esta respuesta debe basarse no solo en los

sistemas de salud pública y de atención de salud, sino también en un enfoque nacional más amplio que actúe de manera coordinada y oportuna para enfrentar esos eventos.

La carga cada vez mayor por este tipo de eventos podría describirse según el número

de emergencias. Entre los años 2000 y 2020 se notificaron 13 884 desastres en todo el mundo, 44% más que en las dos décadas anteriores. La Región de las Américas fue la tercera más afectada por desastres (19%) después de Asia y África, con más de 288 798 muertes, y enfrentó el mayor costo financiero, que ascendió a más de US\$ 1260 billones. Los eventos más comunes fueron hidrometeorológicos, que causaron el 82% de los daños a lo largo de este período (103).

Los terremotos en Chile y Haití (2010) y en Ecuador (2016) causaron daños considerables que afectaron los servicios de salud al reducir su capacidad para brindar atención efectiva a la población (104). En septiembre del 2017, dos terremotos sacudieron México y causaron 457 muertes. Se proporcionó albergue a 250 000 personas, y se calcula que las pérdidas económicas ascendieron a US\$ 1500 millones (105). Ese mismo mes, los huracanes Irma y María, de categoría 5, azotaron Puerto Rico. Afectaron gravemente la provisión de servicios básicos e interrumpieron las actividades de comercios, escuelas, instituciones de salud, personas y gobiernos en todos los niveles (106). Más allá de los catastróficos efectos sociales y económicos en la isla, se estimó que el exceso de mortalidad en los seis meses siguientes osciló entre el 22% y el 26% en comparación con las muertes registradas en el 2016 (107, 108), y un tercio de esas muertes se atribuyeron a los retrasos o la interrupción de la atención de salud (109).

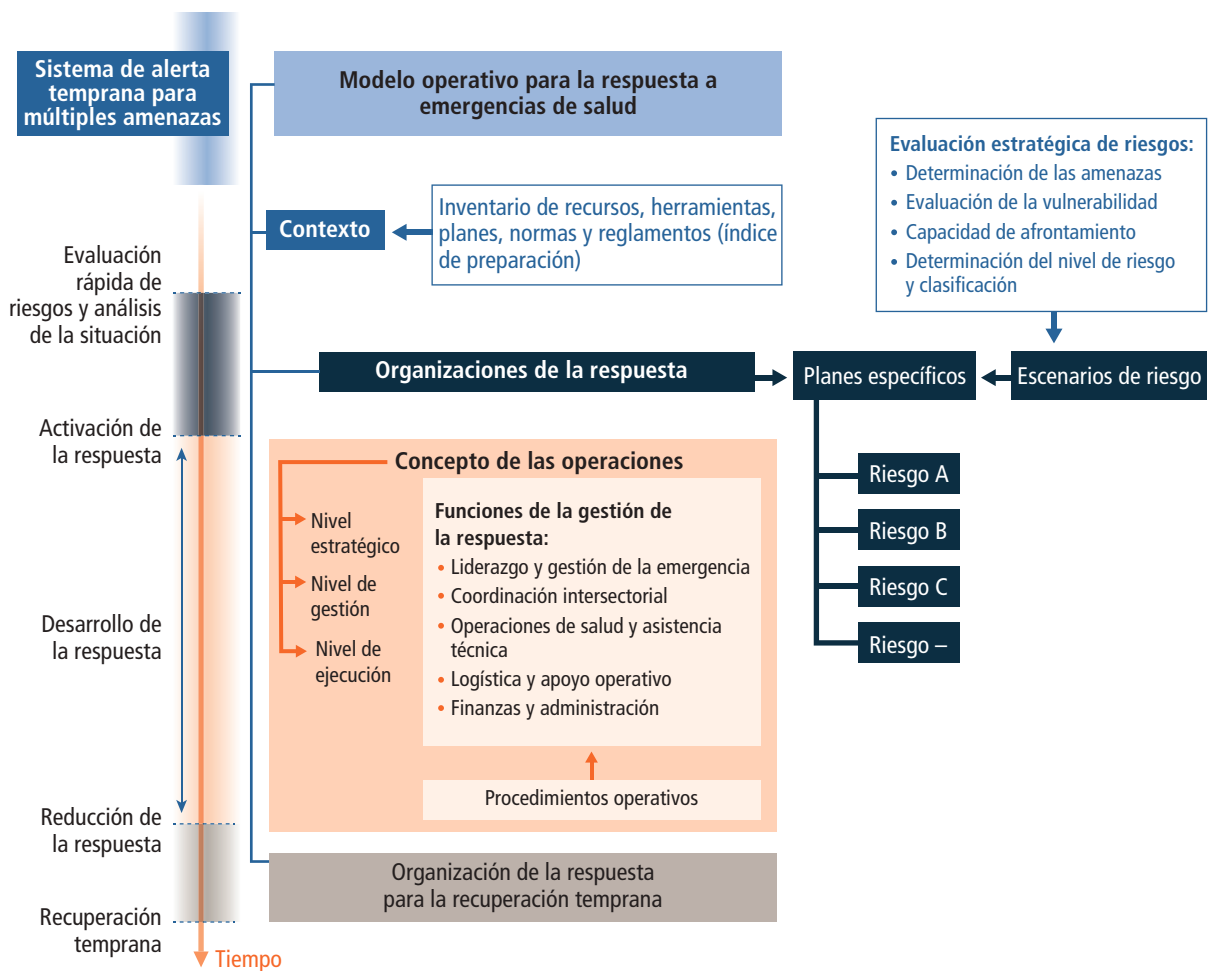
Se necesita un enfoque multisectorial común, eficiente y coordinado, que comprenda medidas para todas las amenazas y dirigidas específicamente a cada una, a fin de garantizar la preparación para todo tipo de

emergencias a nivel comunitario, nacional e internacional. A nivel nacional, la preparación requiere un proceso continuo para reforzar las capacidades y los recursos de gobernanza (110). Como se describe en el marco de la OPS de respuesta a múltiples amenazas del sector de la salud (111), que se presenta en la figura 27, en un desastre o emergencia de salud es necesario contar con la participación de equipos multidisciplinarios para usar un enfoque integral e integrado a fin de lograr una “reducción sustancial del riesgo de desastres y de las pérdidas ocasionadas por los desastres, tanto en vidas, medios de subsistencia y salud como en bienes económicos, físicos, sociales, culturales y ambientales de las personas, las empresas, las comunidades y los países” (112).

Con ese fin, los países deben seguir esforzándose por prevenir la aparición de nuevos riesgos de desastres y reducir los existentes mediante la aplicación de medidas integradas e inclusivas de índole económica, estructural, jurídica, social, sanitaria, cultural, educativa, ambiental, tecnológica, política e institucional que prevengan y reduzcan la exposición a los peligros y la vulnerabilidad a los desastres, aumenten la preparación para la respuesta y la recuperación, y refuercen de ese modo la resiliencia, en particular en el ámbito de la salud.

Ante una epidemia, la aplicación de procedimientos y protocolos dirigidos por profesionales y autoridades nacionales debe reducir el número de víctimas, acelerar el control de las emergencias, evitar que se conviertan en pandemias y, de esta manera, reducir la tasa de mortalidad. En caso de desastres, las

FIGURA 27 Marco de respuesta a múltiples amenazas con un modelo operativo para el desempeño de funciones de respuesta a emergencias de salud



Fuente: OPS.

medidas preventivas y la respuesta rápida también reducen los daños a la salud.

Estos eventos conllevan tanto efectos directos en términos de la MPPE como efectos indirectos, debido al impacto en los sistemas de salud y de salud pública, que reduce su capacidad para responder a todas las afecciones de salud. Cuando se producen eventos que generan interrupciones en la prestación de servicios de salud, la letalidad de todas las afecciones tiende

a aumentar. Esto es evidente en el caso de las afecciones agudas, pero también ocurre con afecciones crónicas cuando se interrumpe el tratamiento. Por lo tanto, las muertes indirectas debidas a desastres y emergencias de salud forman parte de la MPPE. En un escenario de importantes desigualdades sociales, con pobreza, una economía frágil y una gran prevalencia de factores de riesgo (como tasas bajas de cobertura de inmunización, tuberculosis, obesidad, diabetes, hipertensión,

problemas de salud mental), la aparición de emergencias como la pandemia de COVID-19 tienden a tener un efecto mayor en la salud.

Estado de la capacidad de respuesta

El panorama de la Región antes de la pandemia de COVID-19, a principios del 2020, planteaba grandes desafíos en cuanto a la capacidad para responder adecuadamente a desastres y emergencias de salud, como lo demuestran los efectos causados por eventos anteriores, ya que los desastres han afectado la infraestructura de salud en varios países de la Región.

De acuerdo con el seguimiento de la ejecución del *Plan de acción para la reducción del riesgo de desastres 2016-2021*, aprobado por los ministros de salud en el 2016, la evaluación de riesgos y la elaboración del plan de respuesta son dos aspectos fundamentales en los que los países de la Región presentaban áreas que debían mejorar en cuanto a sus capacidades críticas. En relación con las líneas de acción y los objetivos del plan de acción, se observaron avances significativos

El panorama de la Región antes de la pandemia de COVID-19, a principios del 2020, planteaba grandes desafíos en cuanto a la capacidad para responder adecuadamente a desastres y emergencias de salud

para el 2020 en materia de gobernanza, como el fortalecimiento de estructuras en los ministerios de salud para la gestión de desastres y mecanismos multisectoriales de coordinación en el terreno. Para diciembre del 2020 se había hecho una evaluación del riesgo de desastres y emergencias de salud en 15 países y territorios, y se la había iniciado en otros 14. En el 2016, seis países y territorios de la Región informaron que contaban con planes de respuesta a emergencias causadas por múltiples amenazas. A partir del 2020, nueve países habían alcanzado plenamente esta capacidad crítica, y otros 17 Estados Miembros estaban a punto de alcanzarla.

En cuanto a los países y territorios que incluyen criterios para la mitigación de desastres y la adaptación al cambio climático en la planificación, el diseño, la construcción y el funcionamiento de los servicios de salud, diez países del Caribe han alcanzado este indicador y otros cinco estaban por alcanzarlo para fines del 2021.

Población en riesgo

Los desastres afectan el bienestar y la seguridad de las personas, sus comunidades y países, y representan una pesada carga en términos de vidas humanas, calidad de vida y costos económicos. En los últimos decenios han surgido nuevos riesgos porque la exposición de personas y activos ha aumentado más rápido que la disminución de la vulnerabilidad. Los datos del *Informe mundial sobre desastres 2018* muestran un aumento del número de eventos que requirieron una respuesta de emergencia. El mayor aumento correspondió a las operaciones biológicas, como la respuesta a epidemias (113). Para abordar adecuadamente estos eventos con un

enfoque integral se necesita un enfoque basado en múltiples amenazas, que tenga en cuenta los riesgos biológicos, climatológicos, geofísicos, hidrológicos, meteorológicos y de origen humano, tanto tecnológicos como no tecnológicos, entre otros. Las emergencias biológicas implican, como punto de partida, que toda la población es susceptible, lo que sin duda representa un gran desafío, como lo confirma la reciente aparición de la COVID-19. En estos casos, la magnitud del desafío depende de la transmisibilidad y la gravedad de las nuevas enfermedades, así como de la interacción de desastres simultáneos, como huracanes y erupciones volcánicas.

Un escenario de múltiples amenazas: la COVID-19 y los desastres

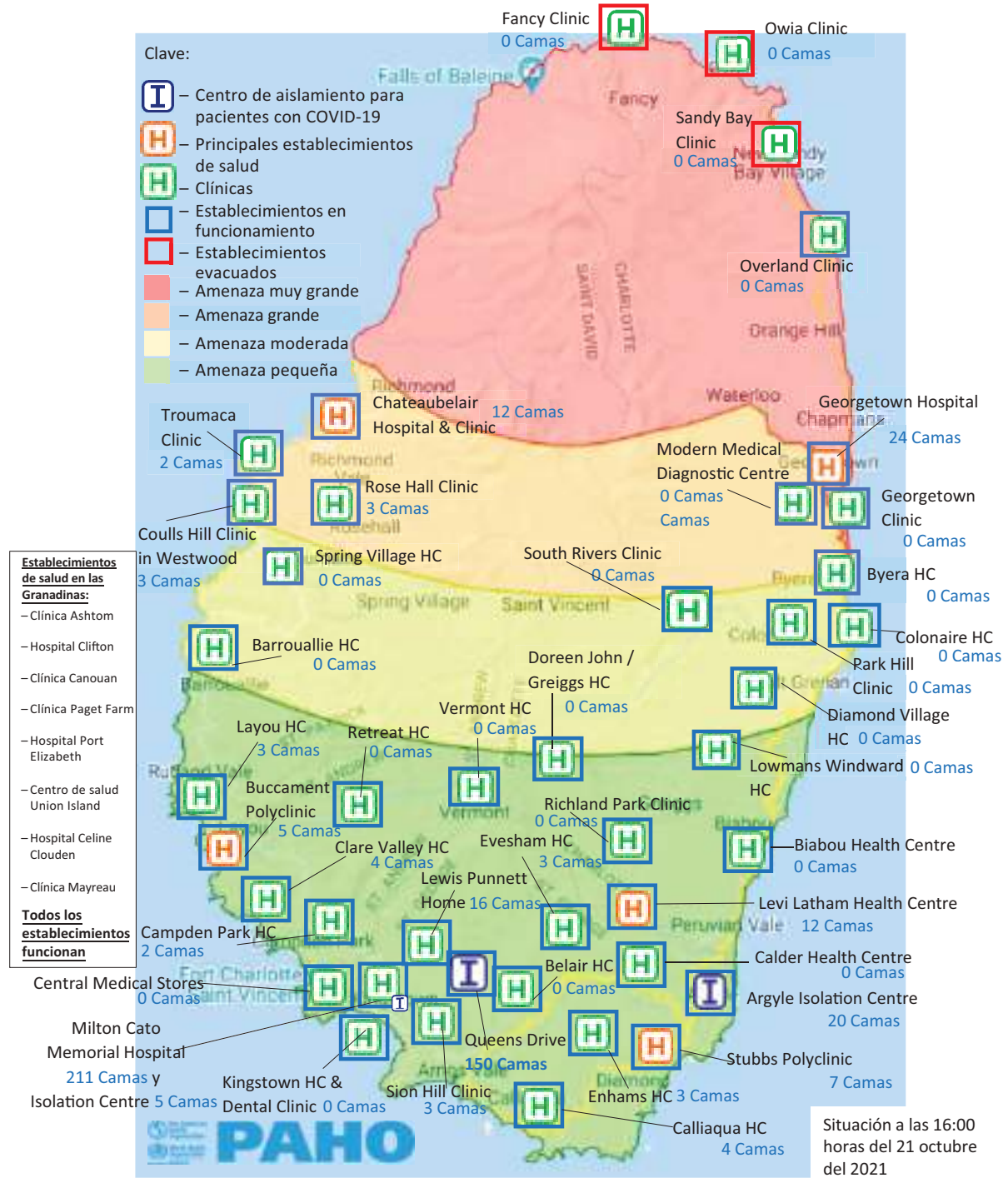
El 3 de noviembre del 2020, el huracán Eta, tormenta de categoría 4, azotó las costas de Centroamérica, donde causó daños en más de siete países. Una semana después, los mismos países y el departamento insular de San Andrés y Providencia (Colombia) se verían afectados por otra tormenta de categoría 4: el huracán Iota. El paso de ambos huracanes por Centroamérica dejó más de 9,9 millones de personas damnificadas, decenas de comunidades aisladas e inaccesibles debido a inundaciones y deslizamientos de tierra, y 740 establecimientos de salud afectados, algunos con daños muy graves que interrumpieron su funcionamiento (114).

Los países afectados presentan un escenario de múltiples amenazas, en el cual, además de los efectos de los huracanes Eta e Iota, enfrentaban la pandemia de COVID-19, que había saturado sus servicios de salud ya vulnerables durante meses. La situación empeoró debido a la

situación epidemiológica preexistente (dengue, malaria, leptospirosis) en algunos países. Además, había riesgos relacionados con la gestión de los albergues para personas con COVID-19 debido a la insuficiencia de equipo de protección personal y las dificultades para aplicar medidas de prevención de la COVID-19, además del acceso limitado a los servicios de salud y las dificultades del acceso físico debido a las inundaciones y los daños viales (114).

El volcán La Soufrière, situado en San Vicente y las Granadinas, comenzó a presentar actividad eruptiva el 27 de diciembre del 2020, con una erupción efusiva y la formación de una cúpula volcánica (115), así como cambios en el lago del cráter y eventos sísmicos (115). Finalmente el volcán entró en erupción explosiva el 9 de abril del 2021. Para el 12 de abril, el evento había causado la evacuación de alrededor de 16 000 personas (aproximadamente el 14% de los 110 589 habitantes de la isla). Se han observado interrupciones y restricciones significativas del acceso a los servicios de salud debido al impacto de la erupción en el transporte y a los daños previstos en los establecimientos de salud. En la figura 28 se muestra una poderosa herramienta utilizada por la OPS durante la respuesta de emergencia, que facilita el análisis de la situación de salud, la investigación operativa y la vigilancia para la prevención y el control de problemas de salud. Además, esta herramienta proporciona apoyo analítico para planificar actividades e intervenciones. Los sistemas de información geográfica permiten detectar necesidades y brechas urgentes en materia de salud, que consisten en ofrecer albergue seguro y adecuado para las personas evacuadas y fortalecer la capacidad del sistema de salud para hacer frente a un aumento repentino de la demanda

FIGURA 28 Mapa de riesgos para el desempeño de las funciones de respuesta a emergencias de salud, volcán La Soufrière, San Vicente y las Granadinas, octubre del 2021



Fuente: reproducción de una imagen de: Organización Panamericana de la Salud. La Soufrière volcano, Saint Vincent and the Grenadines. Situation report no. 38. Barbados: OPS; 2021. Disponible en: <https://www.paho.org/en/documents/ecc-vct-soufriere-volcano-situation-report-38>.

y mantener la continuidad del acceso a la atención esencial y de emergencia para las personas vulnerables y las posibles víctimas después de la erupción, así como la capacidad para detectar y tratar a los pacientes con COVID-19.

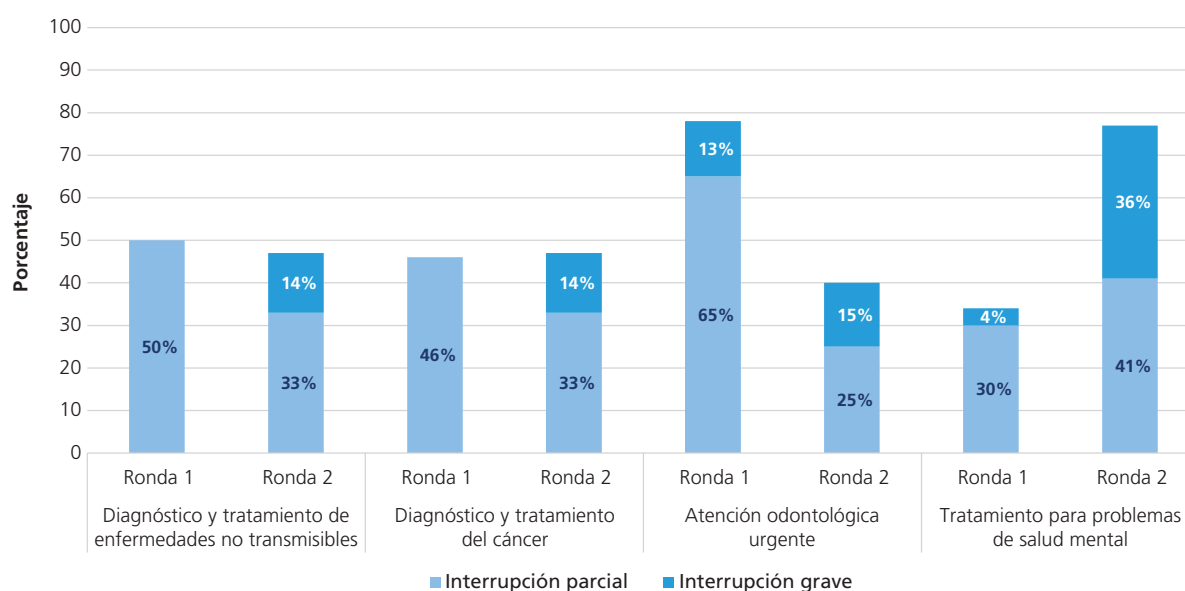
La emergencia causada por la COVID-19

La pandemia de COVID-19 ha puesto a prueba la capacidad de respuesta efectiva de los países en situaciones de emergencia, al tiempo que ha mostrado la medida en que una emergencia puede afectar al sector de la salud, así como la salud de la población. Debido a los daños a la salud de la población causados por la COVID-19 en el 2020, esta afección, que antes no existía, se convirtió de la noche a la mañana en una de las principales causas de muerte en la Región.

Al mismo tiempo, la presión que esta emergencia ha ejercido sobre los servicios de salud de la Región ha generado un desgaste muy grande en servicios que ya estaban deteriorados.

La perturbación del suministro de servicios (figura 29) debido a la pandemia no solo ha provocado la interrupción del tratamiento y el aplazamiento de intervenciones programadas, sino que también ha afectado el tamizaje y la detección temprana de problemas de salud, como se ha documentado en varios países. Como consecuencia de la suspensión de los procedimientos electivos, la reducción del personal debido a su reasignación y los problemas de suministro, entre otros factores, se interrumpió la atención proporcionada por los prestadores de servicios.

FIGURA 29 Porcentaje de países que notificaron interrupciones en los servicios para enfermedades no transmisibles y en los servicios de salud mental, Región de las Américas



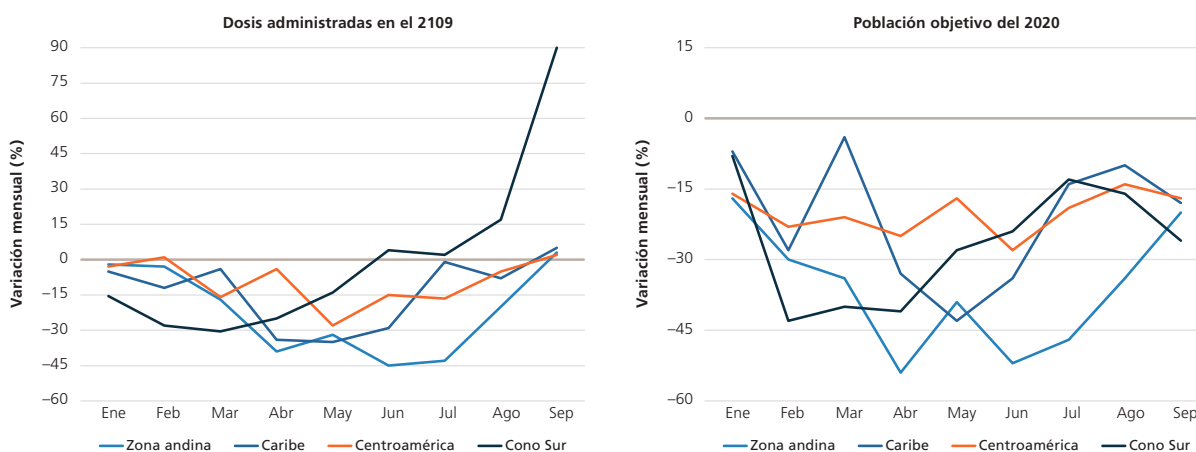
Nota: comparación entre las rondas 1 y 2 de las encuestas nacionales sobre la continuidad de los servicios esenciales de salud durante la pandemia de COVID-19. Datos preliminares pendientes de validación y análisis final.

Fuente: OPS.

En los países de la Región sobre los cuales hay información, se han interrumpido entre el 24% y el 80% de los servicios, con un mayor porcentaje en los países de menores ingresos. Las interrupciones han afectado

las campañas de vacunación, los controles de niños sanos, los controles prenatales, la atención institucional del parto y los servicios de planificación familiar, entre otros. Como se muestra en las figuras 30 y 31,

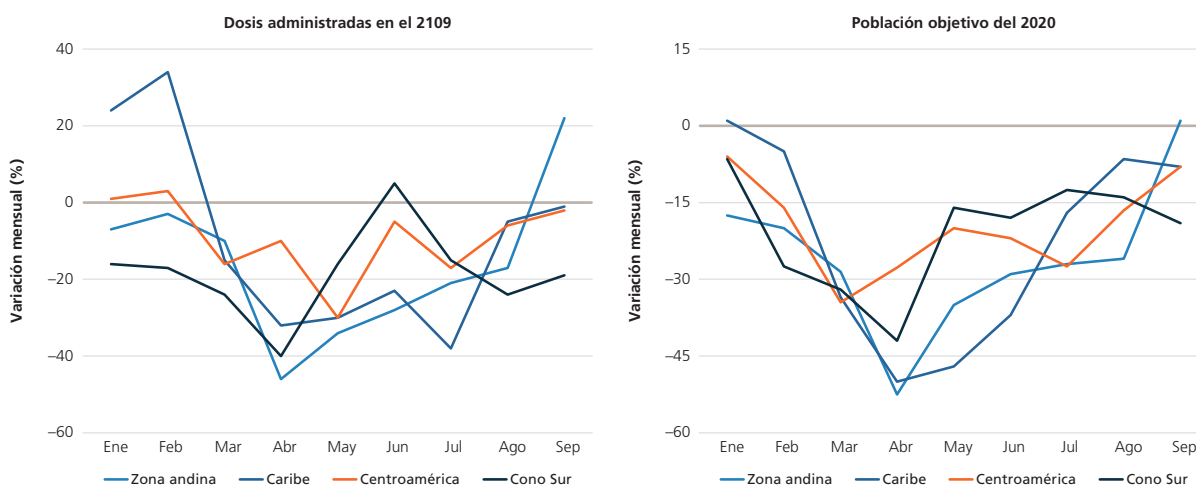
FIGURA 30 Distribución del déficit relativo de la vacuna DTP3 en el 2020 por subregión de América Latina y el Caribe



Nota: número de dosis de DTP3 administradas por mes.

Fuente: datos facilitados por 28 Estados Miembros que representan el 70% de la población total.

FIGURA 31 Distribución del déficit relativo de la vacuna SPR1 en el 2020 por subregión de América Latina y el Caribe



Nota: número de dosis de SPR1 administradas por mes.

Fuente: datos facilitados por 28 Estados Miembros que representan el 70% de la población total.

la administración de vacunas DTP3⁸ y SPR1⁹ durante el 2020 estuvo por debajo del nivel del 2019 y no alcanzó la meta para ese año.

También se han visto afectadas las actividades de detección de enfermedades infecciosas (como la infección por el VIH, la tuberculosis y la malaria) y crónicas (como la diabetes, la hipertensión y la obesidad). Por ejemplo, en Estados Unidos, para septiembre del 2020 se estimaba que el 41% de la población adulta había dejado de recibir atención de salud, tanto por miedo y desinformación como por limitaciones de la movilidad impuestas por la pandemia que afectaban tanto la atención de rutina como la de urgencia. El porcentaje de personas adultas que dejaron de recibir atención es aún mayor en los grupos socialmente vulnerables y las personas con enfermedades crónicas y limitaciones de la movilidad (116).

Como se muestra en la figura 32, se estima que, en el 2020, se produjeron 890 000 muertes directas en la Región causadas por la COVID-19, una enfermedad que hasta el 2019 no existía. En este escenario, la COVID-19 se habría convertido en la segunda causa de muerte en la Región para el 2020 y la primera en algunos países.

Impacto negativo de la pandemia de COVID-19

Las muertes por la pandemia están generando un retroceso en la esperanza de vida al nacer en el 2020. El impacto negativo de la COVID-19 también está

La evidencia de diferentes países indica que las personas con un mayor grado de vulnerabilidad social tienen una mayor incidencia de COVID-19 y, una vez infectadas, tienen una mayor probabilidad de morir por esta enfermedad

afectando la estructura de las poblaciones. En Estados Unidos, según las estimaciones iniciales, la esperanza de vida al nacer ha descendido a los niveles más bajos desde principios del siglo XXI, independientemente del sexo y la etnicidad (117).

La evidencia de diferentes países indica que las personas con un mayor grado de vulnerabilidad social tienen una mayor incidencia de COVID-19 y, una vez infectadas, tienen una mayor probabilidad de morir por esta enfermedad, incluso después de controlar factores como el sexo y la edad (118-122).

Además, las secuelas de la COVID-19 aumentarán la carga de la enfermedad en los próximos años en lo que se refiere tanto a las personas que han tenido la enfermedad y presentan secuelas como a la salud mental en general. El confinamiento y, en términos más generales, la incertidumbre provocada por la pandemia están dando lugar a un aumento de los síntomas de depresión

8 Vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina.

9 Vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola (triple viral).

FIGURA 32 Proyección de las principales causas de muerte, Región de las Américas, 2020

2020

Causas	Número	Porcentaje
1 Cardiopatía isquémica	1 101 131	15,2
2 Accidente cerebrovascular	481 933	6,7
3 Enfermedad de Alzheimer y otras demencias	393 987	5,5
4 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	381 710	5,3
5 Infecciones de las vías respiratorias inferiores	319 730	4,4
6 Diabetes mellitus (excepto la insuficiencia renal crónica causada por la diabetes)	286 605	4,0
7 Cáncer de tráquea, bronquios y pulmón	258 414	3,6
8 Enfermedad renal	256 314	3,5
9 Violencia interpersonal	195 485	2,7
10 Cardiopatía hipertensiva	158 710	2,2
11 Traumatismos causados por el tránsito	156 173	2,2
12 Cirrosis hepática	144 343	2,0
13 Cáncer de colon y recto	134 939	1,9
14 Cáncer de mama	110 446	1,5
15 Cáncer de próstata	98 415	1,4
16 Lesiones autoinfligidas	98 215	1,4
17 Afecciones neonatales	87 112	1,2
18 Trastornos por consumo de drogas	86 758	1,2
19 Cáncer de páncreas	86 659	1,1
20 Caídas	81 271	1,1
Total	7 225 073	100,0

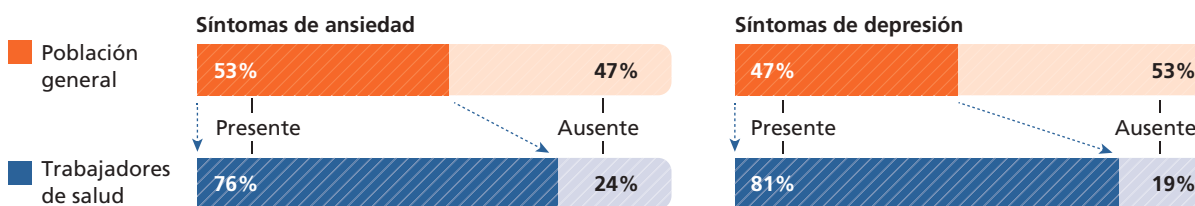
2020 (proyección)

Causas	Número	Porcentaje
1 Cardiopatía isquémica	1 101 131	13,6
2 COVID-19	890 000	11,0
3 Accidente cerebrovascular	481 933	5,9
4 Enfermedad de Alzheimer y otras demencias	393 987	4,9
5 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	381 710	4,7
6 Infecciones de las vías respiratorias inferiores	319 730	3,9
7 Diabetes mellitus (excepto la insuficiencia renal crónica causada por la diabetes)	286 605	3,5
8 Cáncer de tráquea, bronquios y pulmón	258 414	3,2
9 Enfermedad renal	256 314	3,2
10 Violencia interpersonal	195 485	2,4
11 Cardiopatía hipertensiva	158 710	2,0
12 Traumatismos causados por el tránsito	156 173	1,9
13 Cirrosis hepática	144 343	1,8
14 Cáncer de colon y recto	134 939	1,7
15 Cáncer de mama	110 446	1,4
16 Cáncer de próstata	98 415	1,2
17 Lesiones autoinfligidas	98 215	1,2
18 Afecciones neonatales	87 112	1,1
19 Trastornos por consumo de drogas	86 758	1,1
20 Cáncer de páncreas	86 659	1,0
Total	8 115 073	100,0

	Enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales
	Enfermedades no transmisibles
	Traumatismos

Fuente: OPS.

FIGURA 33 Salud mental en la población general y los trabajadores de salud en Argentina, 2020



Fuente: basado en información proporcionada en Badellino H, Gobbo ME, Torres E, Aschieri ME. Early indicators and risk factors associated with mental health problems during COVID 19 quarantine: Is there a relationship with the number of confirmed cases and deaths? *Int J Soc Psychiatry.* 2021;67(5):567-575. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0020764020966020>; Giardino DL, Huck-Iriart C, Riddick M, Garay A. The endless quarantine: the impact of the COVID 19 outbreak on healthcare workers after three months of mandatory social isolation in Argentina. *Sleep Med.* 2020;76:16-25. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2020.09.022>.

y ansiedad. Por ejemplo, en Argentina (figura 33), se estima que el 47% de la población presenta síntomas de depresión y el 53% de ansiedad (123), y los recursos humanos médicos enfrentan la misma situación (124).

El exceso de mortalidad por causas distintas de las atribuibles a la COVID-19 está estrechamente relacionado con la interrupción de la prestación de servicios de salud causada por la pandemia a raíz de las restricciones de la movilidad y la percepción del riesgo, que han reducido la demanda, así como por la reconversión de establecimientos y las limitaciones del personal, que han reducido la oferta de servicios.

A abril del 2021, ocho países de la Región —Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Ecuador, Estados Unidos, México y Perú— habían proporcionado información sobre el exceso de mortalidad correspondiente al 2020. Las muertes en estos países representan alrededor del 82% de las muertes registradas en los 33 países de la Región de las Américas notificadas en las estimaciones mundiales de salud de la OMS. La información se encuentra en los sitios web de los ministerios de salud de

El exceso de mortalidad por causas distintas de las atribuibles a la COVID-19 está estrechamente relacionado con la interrupción de la prestación de servicios de salud causada por la pandemia

los países en forma de datos preliminares.¹⁰ A pesar de las diferencias en el enfoque metodológico, los resultados dan una idea de la magnitud del exceso de mortalidad por COVID-19 y por otras causas. Las cifras muestran que el exceso de mortalidad en estos países se situó entre el 4,9% y el 84,7%, con un total de 1 322 674 muertes de las 5 609 097 previstas para el 2020.

¹⁰ La fecha de consulta más reciente de todos los sistemas fue el 27 de abril del 2021.



Perspectivas de la reducción de la mortalidad prematura potencialmente evitable para el 2030

Como se documentó en los capítulos anteriores, en los dos últimos decenios, los países de la Región de las Américas han logrado reducciones notables tanto de la MPPE como de la desigualdad distributiva. Aunque estos logros no pueden atribuirse exclusivamente al desempeño de los sistemas de salud, la evidencia presentada en este informe indica que la garantía y la calidad del acceso y la cobertura universal desempeñan un papel fundamental.

La MPPE representó el 35% de todas las muertes en la Región en el 2019, con una mayor proporción de hombres que de mujeres (41% en comparación con 29%). Las causas externas, en particular la violencia interpersonal y los traumatismos causados por el tránsito, contribuyeron a esta diferencia. Los hombres tienen un mayor riesgo que las mujeres de morir prematuramente por una causa evitable, y esta diferencia es más marcada en

lo que respecta a las causas prevenibles. Es necesario elaborar políticas de salud orientadas específicamente a las mujeres y a los hombres.

Entre el 2000 y el 2019 se observó una tendencia doble en la Región: una disminución de la tasa promedio regional de MPPE y una disminución simultánea de los gradientes de desigualdad absoluta y relativa de la MPPE entre los países, es decir, una disminución de la mortalidad prematura y de la desigualdad en su distribución. Sin embargo, la mayoría de los países presentaron tasas superiores al promedio regional, lo cual indica que persisten las desigualdades en la Región y deben abordarse.

La ampliación del acceso a los servicios de salud y las mejoras en su calidad, así como la transformación positiva de los determinantes sociales de la salud, especialmente la eliminación de las barreras a las oportunidades y la cobertura efectiva de salud, son condiciones esenciales para avanzar de manera equitativa en la reducción del riesgo de MPPE por causas prevenibles o tratables y contribuir al fomento de la vida saludable, el bienestar y el desarrollo sostenible.

Los países de la Región de las Américas deben fortalecer la vigilancia epidemiológica, el análisis y el seguimiento de la MPPE a fin de alcanzar las metas del ODS 3 y reforzar las intervenciones preventivas y terapéuticas para reducir la carga de mortalidad prevenible, lo cual permitirá avanzar hacia el logro de las metas del ODS 3.

Sin embargo, la sindemia de COVID-19 ha sacado a la luz de manera dramática realidades críticas y puntos débiles tanto en el estado de salud de la población como en los sistemas

La sindemia de COVID-19 ha sacado a la luz de manera dramática realidades críticas y puntos débiles tanto en el estado de salud de la población como en los sistemas y servicios de salud

y servicios de salud, y ha puesto de relieve la ubicuidad, la persistencia y la profundidad de las desigualdades sociales en la salud y la limitada resiliencia sistémica para mantener la continuidad de los servicios de salud.

Se estima que, debido a la pandemia, los avances realizados en relación con la MPPE han retrocedido 20 años en lo que se refiere tanto a los componentes prevenibles como a los tratables. La persistencia de las desigualdades en la salud, junto con el efecto sindémico de la pandemia de COVID-19, ha puesto a prueba la capacidad de respuesta efectiva de los países.

En general, se detectan aspectos que muestran una importante resiliencia de los sistemas de salud para enfrentar emergencias, en particular las que tienen un impacto masivo —a diferencia de las situaciones que afectan específicamente a poblaciones vulnerables— y, en este sentido, se genera una amplia respuesta institucional.

La respuesta a la pandemia ha demostrado que ciertas barreras y restricciones institucionales (reasignación de recursos, estrategias de capacitación, etc.) pueden

abordarse eficazmente, lo cual posibilita el aprendizaje para hacer frente a eventos futuros. Al mismo tiempo, la respuesta a la pandemia ha demostrado que los grupos poblacionales socialmente vulnerables tienden a verse más afectados por las emergencias, debido a que tienen menos capacidad para acceder a servicios de calidad y a que sus circunstancias las exponen más a desastres y emergencias de salud.

Desde este punto de vista, en este último capítulo se proponen siete consideraciones para la acción a fin de promover la reducción de la MPPE en la Región de las Américas para el 2030, año meta para las acciones transformadoras acordadas en la Agenda 2030 y en la ASSA2030.

1. Priorizar y fortalecer la ejecución de la Agenda 2030 a nivel subnacional y nacional, especialmente la aplicación de estrategias e intervenciones centradas en reducir la MPPE y sus desigualdades.

Como se documenta en el capítulo 3, el 59% de la carga actual de mortalidad explícitamente priorizada en el ODS 3 (garantizar una vida sana y promover el bienestar de todas las personas a todas las edades) corresponde a la MPPE (75% en países con niveles más bajos

Priorizar y fortalecer la ejecución de la Agenda 2030 a nivel subnacional y nacional

de desarrollo sostenible y 50% en aquellos con niveles mayores de desarrollo sostenible). En la MPPE, a su vez, predominan las causas no transmisibles (68% de los 1,5 millones de muertes prematuras potencialmente evitables relacionadas con el ODS 3), es decir, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes, así como el suicidio, las colisiones de tránsito y la contaminación del aire. En este sentido, desde un punto de vista estratégico, hay que concentrar los esfuerzos para reducir la MPPE mediante la aplicación de intervenciones costo-eficaces, orientadas principalmente a los grupos poblacionales y los territorios más desfavorecidos socialmente o vulnerables, como la promoción de la salud, la garantía de los derechos y la mejora de las condiciones de vida.

2. Dar visibilidad a la MPPE en el contexto de desastres y emergencias de salud: todas las muertes en exceso resultantes de la inequidad social en desastres y emergencias de salud son MPPE.

Como se ha observado claramente desde el 2020, la probabilidad de muerte por COVID-19 no tiene una distribución homogénea en la población, sino que se ha concentrado de manera desproporcionada en los segmentos socialmente más desfavorecidos. Esta realidad se observa en todos los desastres y las emergencias de salud, eventos que tienden a generar aumentos instantáneos de la mortalidad prematura, que podrían evitarse si se tienen en cuenta los desafíos observados en la respuesta a ellos. A fin de minimizar el riesgo de MPPE y sus consecuencias en desastres y emergencias de salud, es esencial tomar medidas intersectoriales encaminadas a fomentar los

conocimientos, las competencias, las aptitudes y otras habilidades individuales para manejar la adversidad de una manera saludable; en otras palabras, el capital humano. También es esencial fortalecer el conjunto de recursos sociales comunes sobre la base de normas de reciprocidad, a fin de generar cohesión social, credibilidad y confianza en las instituciones y un sentido de solidaridad y preocupación general por el bienestar colectivo, es decir, el capital social. Además, es importante influir en los mecanismos que conducen a la ejecución de los planes, es decir, que no solo se los fortalezca, sino que también se los ponga en práctica en situaciones de desastre y emergencias de salud.

3. Optimizar los sistemas de información sobre la salud y fortalecer los procesos de análisis, seguimiento y evaluación de la MPPE, incluida la disponibilidad de datos desglosados.

Mejorar el acceso, la cobertura y la calidad de los servicios de salud es la medida prioritaria para reducir la magnitud de la MPPE. Sin embargo, actualmente es difícil evaluar el impacto real de las condiciones de acceso, cobertura y calidad que determinan el comportamiento del indicador, ya que el grado de detalle de los datos disponibles para medir la MPPE no permite distinguir cuáles son las causas de mortalidad que están más estrechamente relacionadas con los diferentes niveles de atención o tipos de posibles intervenciones (es decir, servicios individuales o poblacionales). Por ejemplo, el acceso al tratamiento del cáncer puede depender de la disponibilidad de equipos o especialistas en el lugar de atención, mientras que en el acceso a servicios de prevención y detección temprana del cáncer

pueden influir factores como la capacidad de los establecimientos del primer nivel de atención, el alcance de las campañas de promoción de la salud, el tipo de intervenciones de prevención ofrecidas y el grado de conocimiento de la población sobre el cáncer, entre otros.

En ese sentido, para abordar la MPPE y orientar adecuadamente la respuesta de salud basada en la evidencia se necesitan datos confiables, parámetros de medición robustos e indicadores fidedignos que capturen el efecto del acceso, la cobertura y las condiciones de calidad sobre la mortalidad; por ejemplo, las barreras de acceso, la capacidad del primer nivel de atención y la calidad de los servicios de salud recibidos.

Dado que este tipo de información es escasa, es esencial introducir cambios radicales en los sistemas de captura de datos —garantizando sus atributos de calidad— y en los procesos de gestión de la información a fin de que la información pueda usarse eficazmente para la cuantificación y el seguimiento sistemático de la MPPE y la realización de análisis sólidos en términos de magnitud, tendencia y distribución, incluido el análisis de sus determinantes sociales. En este marco, es importante reconocer que la capacidad de los sistemas de salud para garantizar las condiciones de acceso a diferentes servicios de salud de calidad e intervenciones de salud pública puede variar según los contextos locales particulares en cada escala territorial. Por lo tanto, es necesario promover el seguimiento y la evaluación de la MPPE y sus causas a nivel subnacional, con enfoques metodológicos mixtos que permitan caracterizar los factores que afectan la capacidad de los sistemas de salud desde el punto de vista de los usuarios y del personal de salud en esos niveles.

Para responder a la necesidad de fortalecer los sistemas de información, la OPS tiene cuatro resoluciones vigentes que tienen una influencia normativa en la MPPE, como se describe en el cuadro 22.

4. Promover e institucionalizar el seguimiento de las desigualdades sociales en la MPPE, a fin de posibilitar el registro sistemático de los cambios distributivos y no solo de los cambios en los promedios del riesgo de muerte por causas potencialmente evitables, y facilitar la realización de intervenciones concretas que favorezcan la equidad para reducir la MPPE y no dejar a nadie atrás.

Como se documenta en el capítulo 3, para el 2019, el riesgo absoluto de muerte prematura

potencialmente evitable en la Región de las Américas era más del doble en el quintil de desarrollo sostenible más bajo de los países que en el quintil opuesto, lo que representa 189 muertes en exceso por 100 000 personas. Para “tomar el pulso” de la desigualdad social en la MPPE no solo entre los países, sino principalmente dentro de cada país, es esencial institucionalizar el seguimiento de las desigualdades en la salud como parte de la primera función esencial de salud pública: el análisis de la situación de salud. Esto implica fortalecer los sistemas de información sobre la salud para desglosar datos a nivel territorial y, en el caso de los certificados de defunción, a nivel individual para captar información sobre los determinantes sociales, como el nivel de riqueza, el nivel de escolaridad, el sexo, la

CUADRO 22 Mandatos y resoluciones vigentes de la Organización Panamericana de la Salud relacionados con los sistemas de información y su influencia normativa en la mortalidad prematura potencialmente evitable

MANDATO O RESOLUCIÓN	INFLUENCIA REGULATORIA EN LA MPPE
<i>Gestión de la información</i>	
CD57.R9: Plan de acción para el fortalecimiento de los sistemas de información para la salud 2019-2023	Establece el enfoque de los sistemas de información como herramientas fundamentales para la toma de decisiones, la formulación de políticas, el seguimiento y la evaluación en materia de salud, que influyen en la MPPE, sobre la base de datos confiables, disponibles y oportunos.
CSP29.R4: Plan de acción para el fortalecimiento de las estadísticas vitales 2017-2022	Establece la pertinencia de las estadísticas nacionales y sectoriales para fortalecer los sistemas de información sobre la salud y, por lo tanto, el seguimiento de la MPPE.
CD48.R15: Salud pública, innovación y propiedad intelectual: una perspectiva regional	Reconoce la interacción estratégica fundamental entre la salud pública, la innovación y los derechos de propiedad intelectual, y destaca la necesidad de promover la investigación y la innovación tecnológica en los sectores farmacéutico, científico e industrial, cuyos resultados afectarán la salud de la población y, en consecuencia, la MPPE.
CD49.R10: Política de investigación para la salud	Reconoce la investigación como función esencial de salud pública y promueve su uso como herramienta para dilucidar la naturaleza y el alcance de los problemas de salud, incluida la MPPE, seleccionar intervenciones y estrategias eficaces, seguras y apropiadas, y promover la equidad en la salud mediante la acción en los determinantes sociales.

Nota: MPPE: mortalidad prematura potencialmente evitable.

Fuente: OPS.

edad y la etnicidad, entre otros determinantes pertinentes para el contexto nacional. También es necesario invertir en el fortalecimiento de la competencia analítica de los recursos humanos a fin de adoptar una metodología para resumir en parámetros de medición estandarizados la magnitud y las tendencias de las desigualdades en la MPPE, promover esta tarea y fundamentar la toma de decisiones sobre la equidad, especialmente en el seguimiento de los nueve indicadores del ODS 3 que están directamente relacionados con la mortalidad.

5. Consolidar y fortalecer las capacidades institucionales del papel rector de las autoridades de salud para liderar la formulación y ejecución de políticas de transformación de los sistemas de salud que respondan a las necesidades de salud de la población, la desigualdad distributiva, los determinantes sociales, económicos y ambientales, los factores de riesgo y la capacidad de respuesta del sistema de servicios de salud.

El fortalecimiento de la rectoría y la gobernanza del sistema de salud debe tomar como referencia general el nuevo marco de las funciones esenciales de salud pública, a fin de reconocer las capacidades institucionales de las autoridades de salud que se necesitan para: 1) el análisis y la evaluación de los problemas de salud y sus determinantes; 2) los procesos de formulación y aplicación de políticas de salud; 3) la regulación de mecanismos para la asignación de recursos críticos que sirvan para fortalecer la efectividad de las políticas, y 4) la gestión de las condiciones que garantizan el acceso a las intervenciones de salud. Estas intervenciones deben incluir: 1) medidas de salud pública que influyan en los

Consolidar y fortalecer las capacidades institucionales del papel rector de las autoridades de salud para liderar la formulación y ejecución de políticas de transformación de los sistemas de salud

factores de riesgo, el control de vectores y los determinantes ambientales; 2) servicios de salud individuales integrados en programas de salud prioritarios y con un modelo basado en personas y comunidades, y 3) la necesaria complementación de las intervenciones intersectoriales que aborden los determinantes sociales de la salud de la población.

Para llevar a cabo este proceso, es necesario incidir en el marco general que define las normas institucionales que determinan los mecanismos de asignación de recursos y regulan el comportamiento de los actores que intervienen en la producción de las intervenciones de salud mencionadas. De manera complementaria, el proceso de formulación y ejecución de políticas requiere la existencia o el fortalecimiento de capacidades políticas para garantizar la viabilidad de los procesos de transformación y su adaptación a las necesidades y expectativas de la población. En este marco, se recomienda formar alianzas colectivas de actores públicos y privados que, junto con los procesos de participación social, garanticen la rendición de cuentas de los procesos de transformación institucional impulsados.

Por último, es esencial fortalecer las capacidades institucionales estructurales del Estado, tanto en el sector de la salud como en otros sectores institucionales. Este requisito se refiere a la necesidad de que todos los organismos y las estructuras institucionales del sector de la salud cuenten con los recursos humanos, financieros y de infraestructura necesarios para interpretar e integrar el análisis de los

problemas de salud y sus determinantes con el conjunto de condiciones relacionadas con las intervenciones que vayan a realizarse.

En vista de la necesidad de fortalecer los servicios y sistemas de salud, la OPS tiene 13 resoluciones vigentes que tienen una influencia normativa en la MPPE, como se detalla en el cuadro 23.

CUADRO 23 Mandatos y resoluciones vigentes de la Organización Panamericana de la Salud relacionados con el desempeño de los servicios y sistemas de salud, y su influencia normativa en la mortalidad prematura potencialmente evitable

MANDATO O RESOLUCIÓN	INFLUENCIA REGULATORIA EN LA MPPE
<i>Desempeño de los servicios de salud y de los sistemas de salud</i>	
CD53.R14: Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud	Establece el enfoque general para que las personas y las comunidades disfruten de un acceso oportuno y equitativo a servicios de salud integrales, adecuados, oportunos y de calidad, sin barreras de acceso, por medio de instrumentos de gobernanza, rectoría de la salud y gestión de servicios que influyan en la salud de la población y, por consiguiente, en la MPPE.
CD55.R8: Los sistemas de salud resilientes	Reconoce la vulnerabilidad de los sistemas de salud a los riesgos para la salud (es decir, brotes de enfermedades, pandemias y desastres causados por fenómenos naturales, entre otros), que debilitan su capacidad de respuesta y empeoran los resultados en materia de salud, como la MPPE. Destaca la resiliencia como atributo fundamental de los sistemas de salud bien desarrollados.
CD57.R13: Estrategia y plan de acción para mejorar la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud 2020-2025	Reconoce que la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud es un determinante de la salud de la población, y que los problemas de calidad, como las barreras para el acceso a servicios integrales de salud, especialmente para las poblaciones vulnerables, empeoran los resultados, entre ellos la MPPE.
CD45.R7: Acceso a los medicamentos	Señala que el acceso a medicamentos y otros insumos de salud pública es un elemento esencial para el tratamiento de enfermedades y la reducción de la MPPE, y pone de relieve la necesidad de garantizar su disponibilidad de acuerdo con los principios de seguridad, calidad y eficacia.
CD50.R9: Fortalecimiento de las autoridades reguladoras nacionales de medicamentos y productos biológicos	Reconoce la importancia de la regulación y el control de medicamentos y productos biológicos, con el apoyo de la Red Panamericana para la Armonización de la Regulación Farmacéutica (Red PARF), a fin de garantizar la seguridad en el tratamiento de enfermedades. El buen funcionamiento de los mecanismos reguladores tiene efectos positivos en la mortalidad prematura por causas potencialmente tratables.

CUADRO 23 Mandatos y resoluciones vigentes de la Organización Panamericana de la Salud relacionados con el desempeño de los servicios y sistemas de salud, y su influencia normativa en la mortalidad prematura potencialmente evitable (continuada)

MANDATO O RESOLUCIÓN	INFLUENCIA REGULATORIA EN LA MPPE
CD45.R9: Observatorio de recursos humanos de salud	Reconoce que los recursos humanos para la salud son esenciales para lograr el acceso universal a servicios de salud de buena calidad y, en consecuencia, influir en la MPPE, y subraya la necesidad de fortalecer las capacidades humanas en términos de disponibilidad, composición, distribución y desempeño.
CD52.R13: Recursos humanos para la salud: aumentar el acceso al personal sanitario capacitado en sistemas de salud basados en la atención primaria de salud	Reconoce la importancia estratégica de los recursos humanos para la salud (y su impacto en la MPPE) para alcanzar el objetivo de la cobertura universal de salud basada en el desarrollo de sistemas de salud fundamentados en la atención primaria de salud, teniendo en cuenta la estrategia para el desarrollo de la competencia del personal de salud en los sistemas basados en la atención primaria de salud y el Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud.
CSP29.R15: Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud	Establece un enfoque integral de la gestión de los recursos humanos en el marco de la <i>Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud</i> , que requiere recursos humanos suficientes, distribuidos de manera equitativa y debidamente capacitados, de acuerdo con las necesidades de las comunidades, a fin de influir en los resultados en materia de salud, como la MPPE.
CD56.R5: Plan de acción sobre recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud 2018-2023	Establece tres líneas estratégicas para la gestión de los recursos humanos en el ámbito de salud: fortalecimiento de la gobernanza y la rectoría, desarrollo de las condiciones y las capacidades para ampliar el acceso a la salud y la cobertura de salud con equidad y calidad, y coordinación con el sector de la educación para responder a las necesidades de los sistemas de salud que están pasando por un proceso de transformación hacia el acceso y la cobertura universales.
CSP28.R9: Evaluación e incorporación de tecnologías sanitarias en los sistemas de salud	Aborda el uso racional de las tecnologías sanitarias en los sistemas de salud y su posible impacto en la MPPE. Destaca los logros y avances de la Red de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de las Américas (RedETSA) y las redes subregionales.
CD55.R12: El acceso y uso racional de los medicamentos y otras tecnologías sanitarias estratégicos y de alto costo	Reconoce la necesidad de una gestión racional de los medicamentos y tecnologías de alto costo que son esenciales para el tratamiento de algunas enfermedades, a fin de mejorar significativamente la calidad de vida de las personas e influir en los indicadores de salud, como la mortalidad prematura por causas potencialmente tratables.
CD57.R11: Estrategia y plan de acción sobre donación y acceso equitativo al trasplante de órganos, tejidos y células 2019-2030	Reconoce el acceso a esta tecnología sanitaria como un determinante del bienestar social y, en consecuencia, de la mortalidad prematura por causas potencialmente tratables. Promueve la expansión progresiva y el acceso equitativo y de calidad al trasplante de órganos, tejidos y células basado en el marco de políticas para la donación y el trasplante de órganos humanos.
CSP28.R15: Protección radiológica y seguridad de las fuentes de radiación: Normas Básicas Internacionales de Seguridad	Establece un enfoque integral de la radiación ionizante en los campos de la medicina, la industria, la agricultura, la ganadería y la investigación con el fin de reducir sus posibles efectos negativos sobre la salud, incluida la MPPE, mediante la aplicación de normas y medidas de seguridad y protección radiológica.

Fuente: OPS.

6. Mejorar y aumentar la capacidad de los sistemas de salud al fortalecer los mecanismos para regular y asignar recursos cruciales a los sistemas de salud, entre ellos el financiamiento de la salud, los recursos humanos para la salud, los medicamentos y otras tecnologías sanitarias.

Es necesario aumentar los recursos públicos destinados a la salud mediante la ampliación del margen fiscal para mejorar los efectos positivos de este gasto en los resultados en materia de salud y, a su vez, tender a eliminar los efectos del gasto directo de bolsillo en el acceso y el bienestar de los hogares, como las catástrofes financieras y el empobrecimiento. El gasto público en este caso es una inversión que puede propiciar la mejora del sistema de salud en su conjunto y los modelos de atención guiados por la estrategia de APS a fin de reducir la morbilidad y la mortalidad en la población, especialmente por causas que puedan evitarse.

7. Sostener y ampliar las mejoras en el acceso a servicios de salud integrales y de calidad, incluidos tanto los servicios de salud individuales como las medidas intersectoriales y de salud pública que inciden en la MPPE.

Para esto se necesita un enfoque sistémico a fin de proporcionar servicios individuales y poblacionales en la comunidad, en cada nivel y lugar donde se presta la atención, en las transiciones de la atención y a lo largo del curso de vida, con la debida atención a las necesidades específicas y diferenciadas de los diferentes grupos poblacionales. Estas condiciones también deben cumplirse

Sostener y ampliar las mejoras en el acceso a servicios de salud integrales y de calidad

en situaciones de emergencia y asistencia humanitaria. Un enfoque integral y sistémico para mejorar la calidad de la atención requiere el fortalecimiento de la capacidad de respuesta del primer nivel de atención en las redes integradas de servicios de salud. Se necesita una red de servicios de salud bien organizada, bien administrada y dotada de recursos, con hospitales, centros de atención ambulatoria e intervenciones de salud pública, para promover la salud y responder de manera integral a las necesidades y los problemas de salud de la población. Esta red debe facilitar el acceso de las personas a los servicios de salud y reducir tanto las hospitalizaciones por situaciones que pueden resolverse con atención ambulatoria como la MPPE. Es importante tomar medidas que faciliten el empoderamiento y la participación de las personas y las comunidades en el autocuidado, especialmente de los grupos socialmente desfavorecidos o en situación de vulnerabilidad social, pero también en la planificación y la gestión de los servicios de salud. La ciber salud es un factor de estímulo en el contexto del dinamismo innovador de las organizaciones dedicadas a la salud, y además facilita la gestión del conocimiento y el talento en red, y la mejora de la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud integrales. La pandemia de COVID-19 ha mostrado que la transformación digital es esencial.

La pesada carga de las ENT en la MPPE constituye un gran desafío para los sistemas de salud. Como se documentó anteriormente, la mayor parte de las muertes prematuras por ENT pueden prevenirse o tratarse manteniendo un desempeño adecuado del sistema de salud junto con medidas multisectoriales que incluyan la salud en los enfoques de las políticas y los determinantes sociales. Las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas, junto con sus cuatro principales factores de riesgo

determinados comercialmente (consumo de alcohol, consumo de tabaco, alimentación y actividad física) y sus tres principales factores de riesgo determinados biológicamente (sobrepeso y obesidad, hipertensión e hiperglucemia), han impulsado el marco de acción de la OPS para las ENT con importantes avances normativos y operativos (recuadro 2 y cuadro 24).

Del mismo modo, como se documenta en el capítulo 4 de este informe, y reconociendo la importante carga moral y social que representa

RECUADRO 2 Control de las enfermedades no transmisibles para reducir la mortalidad prematura potencialmente evitable

Las enfermedades no transmisibles (ENT) imponen una gran carga de mortalidad prematura potencialmente evitable (MPPE). La mayor parte de las muertes por ENT podrían prevenirse y tratarse en gran medida si los sistemas de salud respondieran de una manera más integral, eficaz y equitativa. Frente a esta situación, en los últimos 20 años se han contraído compromisos regionales y mundiales para elevar el perfil de las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo en las agendas de salud, protección social y desarrollo económico. Varios de estos compromisos e iniciativas corresponden específicamente a cada enfermedad o a sus factores de riesgo, y presentan una hoja de ruta detallada para abordar la aplicación de las políticas y las intervenciones, así como la respuesta de atención de salud. Algunos ejemplos son el Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el Control del Tabaco,¹ el Decenio de las Naciones Unidas de Acción sobre la Nutrición,² el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna,³ la *Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol*,⁴ la *Estrategia mundial para acelerar la eliminación del cáncer de cuello uterino como problema de salud pública*,⁵ el *Plan de aplicación integral sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño*,⁶ el *Plan de acción mundial sobre actividad física 2018-2030*,⁷ la iniciativa mundial HEARTS,⁸ el Pacto Mundial contra la Diabetes⁹ y la Iniciativa Mundial contra el Cáncer Infantil.¹⁰

Dada la importancia cada vez mayor de abordar las ENT y sus factores de riesgo de manera integral, en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible se incluye un indicador específico (3.4.1) en el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3¹¹ con metas explícitas para reducir la mortalidad

RECUADRO 2 Control de las enfermedades no transmisibles para reducir la mortalidad prematura potencialmente evitable (*continuada*)

prematura por enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas. El plan de acción para alcanzar este objetivo se ejecuta mediante conjuntos de medidas técnicas que facilitan la aplicación de políticas e intervenciones en los países. Para respaldar la aplicación eficaz de las políticas, estos conjuntos de medidas técnicas aportan evidencia de la eficacia de las intervenciones recomendadas, así como un marco que guía la planificación, la ejecución y el seguimiento de las medidas, y que contribuye al fortalecimiento del liderazgo, la gobernanza, las alianzas multisectoriales, la promoción de la causa, la vigilancia y la mejora de los sistemas de información. En general, los conjuntos de medidas técnicas abarcan los tres pilares principales de la acción contra las ENT: factores de riesgo, gestión y vigilancia.

El conjunto de medidas técnicas sobre los factores de riesgo promueve la aplicación de políticas poblacionales para prevenir y proteger a las personas frente al uso, la exposición y los efectos nocivos en lo que se refiere a los factores de riesgo de ENT mediante el establecimiento de entornos donde las opciones saludables sean las más fáciles. El conjunto de medidas técnicas sobre el manejo aborda la detección, el diagnóstico temprano, el tratamiento y la atención de las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, las enfermedades respiratorias crónicas y el cáncer. Por último, el conjunto de medidas técnicas sobre la vigilancia promueve el fortalecimiento del sistema de vigilancia e información como elemento clave para evaluar los avances y dar seguimiento a los indicadores y las metas para las ENT y sus factores de riesgo.

Los países de la Región de las Américas han avanzado con evidencia y compromisos políticos sólidos en la prevención y el control de las ENT. Sin embargo, aún queda trabajo por hacer para cerrar la brecha entre la planificación y la aplicación plena y efectiva. A fin de reducir las enfermedades cardiovasculares se ha puesto en marcha activamente la iniciativa mundial HEARTS de la OMS en 12 países y 371 establecimientos de salud de América Latina y el Caribe. Para mejorar el perfil del cáncer, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) promueve la aplicación de la resolución mundial sobre prevención y control del cáncer. Dado el perfil regional del cáncer infantil, y en consonancia con la Iniciativa Mundial de la OMS contra el Cáncer Infantil, la OPS ha creado el conjunto de medidas técnicas CureAll Américas¹² para mejorar el diagnóstico y el tratamiento del cáncer infantil. En cuanto a la diabetes, la OPS promueve la iniciativa del Pacto Mundial contra la Diabetes para guiar a los países en la reducción del riesgo de diabetes y subrayar la necesidad de prevenir el sobrepeso y la obesidad, la alimentación poco saludable y la actividad física insuficiente. Por último, para incidir en las enfermedades respiratorias crónicas, se han hecho grandes avances en el control del tabaco con la promulgación de leyes para proteger a las personas del humo de tabaco en el ambiente.

RECUADRO 2 Control de las enfermedades no transmisibles para reducir la mortalidad prematura potencialmente evitable (*continuada*)

Esta medida se ha aplicado en 23 Estados Miembros de conformidad con las directrices del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Desde la aprobación del decreto en diciembre del 2020 en Paraguay, América del Sur ahora está libre de humo en espacios públicos interiores y lugares de trabajo.

- ¹ Organización Mundial de la Salud. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Ginebra: OMS; 2003. Disponible en: <https://fctc.who.int/es/who-fctc/overview>.
- ² Naciones Unidas. Decenio de las Naciones Unidas de Acción sobre la Nutrición 2016-2025. Nueva York: Naciones Unidas; 2023 [consultado el 19 de julio del 2023]. Se encuentra en <https://www.un.org/nutrition/es>.
- ³ Organización Mundial de la Salud. Código Internacional de Comercialización de Sucesdános de la Leche Materna. Ginebra: OMS; 1981. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9241541601>.
- ⁴ Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. Ginebra: OMS; 2010. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44486/9789243599939_spa.pdf?sequence=1.
- ⁵ Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para acelerar la eliminación del cáncer de cuello uterino como problema de salud pública. Ginebra: OMS; 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240014107>.
- ⁶ Organización Mundial de la Salud. Plan de aplicación integral sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño. Ginebra: OMS; 2014. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-14.1>.
- ⁷ Organización Mundial de la Salud. Global action plan on physical activity 2018-2030: more active people for a healthier world. Ginebra: OMS; 2018. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272722>.
- ⁸ Organización Mundial de la Salud. Global Hearts Initiative. Ginebra: OMS [consultado el 19 de julio de 2023 del 2016]. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/15-09-2016-global-hearts-initiative>.
- ⁹ Organización Mundial de la Salud. The WHO Global Diabetes Compact. Ginebra: OMS [consultado el 19 de julio de 2023 del 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/initiatives/the-who-global-diabetes-compact>.
- ¹⁰ Organización Mundial de la Salud. Global initiative for childhood cancer. Ginebra: OMS; 2023 [consultado el 19 de julio del 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/initiatives/the-global-initiative-for-childhood-cancer>.
- ¹¹ Naciones Unidas. SDG Indicators. Nueva York: Naciones Unidas; 2023 [consultado el 19 de julio del 2023]. Disponible en: <https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database/>.
- ¹² Organización Panamericana de la Salud. CureAll Américas. Washington, D.C.: OPS; 2023 [consultado el 19 de julio del 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/cureall-americas>.

Fuente: OPS.

CUADRO 24 Mandatos y resoluciones vigentes de la Organización Panamericana de la Salud relacionados con las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo, y su influencia normativa en la mortalidad prematura potencialmente evitable

MANDATO O RESOLUCIÓN	INFLUENCIA REGULATORIA EN LA MPPE
<i>ENT y factores de riesgo</i>	
CSP28.R13: Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles	Establece un enfoque integral de las ENT, sus factores de riesgo y sus determinantes a fin de reducir la mortalidad prematura potencialmente evitable, con especial énfasis en intervenciones costo-eficaces para prevenirlas y tratarlas de manera oportuna a lo largo de todo el curso de vida.
CD56.R9: Plan de acción sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino 2018-2030	Aborda el cáncer cervicouterino desde una perspectiva prevenible por medio de intervenciones costo-eficaces y asequibles que reducen la incidencia y la mortalidad mediante la promoción de la vacunación, la detección, el tratamiento de lesiones precancerosas y el tratamiento oportuno del cáncer invasor.

CUADRO 24 Mandatos y resoluciones vigentes de la Organización Panamericana de la Salud relacionados con las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo, y su influencia normativa en la mortalidad prematura potencialmente evitable (continuada)

MANDATO O RESOLUCIÓN	INFLUENCIA REGULATORIA EN LA MPPE
CD48.R2: Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco: oportunidades y retos para su implementación en la Región de las Américas	Reconoce el consumo de tabaco y la exposición al humo del tabaco como causas de morbilidad, discapacidad y mortalidad prematura, así como la alta prevalencia del consumo en la población adolescente y la edad temprana de inicio. Aborda este factor de riesgo de las ENT con el conjunto MPOWER de la OMS de seis medidas clave.
CSP29.R12: Estrategia y plan de acción para fortalecer el control del tabaco en la Región de las Américas 2018-2022	Establece un enfoque integral del consumo de tabaco y la exposición al humo del tabaco como factores de riesgo comunes de las principales ENT y da prioridad a las intervenciones previstas en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco dirigidas a la prevención y el control de las ENT.
CD51.R14: Plan de acción para reducir el consumo nocivo de alcohol	Indica cómo abordar el consumo nocivo de alcohol como factor de riesgo de las principales ENT desde la perspectiva de la mortalidad prevenible.
CD57.R12: Plan de acción para eliminar los ácidos grasos trans de producción industrial 2020-2025	Establece un enfoque integral de la alimentación, en particular el consumo de ácidos grasos trans, que es un factor de riesgo de mortalidad prematura y especialmente de la mortalidad atribuida a las cardiopatías coronarias, y destaca la necesidad de adoptar medidas de política sencillas y de bajo costo que pueden redundar en importantes beneficios para la salud a largo plazo.

Nota: ENT: enfermedades no transmisibles; MPPE: mortalidad prematura potencialmente evitable; OMS: Organización Mundial de la Salud.

Fuente: OPS.

RECUADRO 3 Promoción de la salud de las mujeres y de la población infantil y adolescente para reducir la mortalidad prematura potencialmente evitable

En los últimos decenios se han hecho grandes avances en la salud de las mujeres y de la población infantil y adolescente. Las mejoras en la supervivencia son visibles cuando se examinan los cambios a lo largo del tiempo en indicadores de mortalidad específicos, como la razón de mortalidad materna (RMM) y las tasas de mortalidad neonatal y en menores de 5 años. Para acelerar los avances y poner fin a todas las muertes prevenibles, la evidencia apunta a la necesidad de abordar los determinantes socioeconómicos y ambientales, y de proporcionar servicios de calidad y sistemas de apoyo a las mujeres y a la población infantil y adolescente en el momento oportuno en cada etapa de la vida.

La mortalidad materna es uno de los indicadores más pertinentes en salud pública, debido, entre otras cosas, a su impacto en la mortalidad prematura potencialmente evitable (MPPE), ya que la

RECUADRO 3 Promoción de la salud de las mujeres y de la población infantil y adolescente para reducir la mortalidad prematura potencialmente evitable (*continuada*)

mayoría de estas muertes tienen una causa prevenible o tratable, y a su sensibilidad para evaluar el desempeño de los sistemas nacionales de salud. Si bien esta causa de muerte ha disminuido con el tiempo, su distribución social es profundamente desigual entre los países de la Región y dentro de ellos.

La mortalidad neonatal, como causa de mortalidad prematura potencialmente tratable, mide indirectamente la capacidad de respuesta de los sistemas de salud. Es imprescindible mejorar la cobertura eficaz y la calidad de la atención en el momento del parto, ya que la mayoría de las muertes fetales, neonatales y maternas se producen en ese momento. Del mismo modo, los defectos congénitos se reconocen cada vez más como causa de muerte y discapacidad prevenibles; sin embargo, hay pocos datos sobre la incidencia por tipo de defecto congénito en la Región.

La promoción de la salud desde una edad temprana en la población infantil y adolescente es una estrategia eficaz para reducir el impacto de las enfermedades crónicas en la MPPE. Sin embargo, en la Región, esta población enfrenta la triple carga de la desnutrición, la carencia de micronutrientes y el sobrepeso o la obesidad. Pese a las medidas legislativas y regulatorias encaminadas a promover intervenciones de lactancia materna y nutrición para las mujeres y la población infantil y adolescente, se reconoce que trabajar con otros sectores y partes interesadas es un desafío importante para acelerar el avance, no solo en la cobertura de las intervenciones relacionadas con la salud, sino, lo que es más importante, en la construcción de sistemas alimentarios sostenibles y resilientes para una alimentación saludable y un entorno propicio para la nutrición en todas las edades.

En ese sentido, la Organización Panamericana de la Salud ha ejecutado cuatro estrategias y planes de acción fundamentales que inciden en los ejes principales de la salud de las mujeres y la población infantil y adolescente.

Garantizar la supervivencia de las madres y de la población infantil y adolescente es un objetivo crucial de salud pública. Por eso es necesario continuar e impulsar las iniciativas para que haya cero muertes prevenibles. Sin embargo, en consonancia con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible¹ y los objetivos de sobrevivir, prosperar y transformar de la *Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente*,² las iniciativas para salvar vidas no bastan

RECUADRO 3 Promoción de la salud de las mujeres y de la población infantil y adolescente para reducir la mortalidad prematura potencialmente evitable (*continuada*)

si las perspectivas de quienes sobreviven siguen limitadas por factores que podrían abordarse eficazmente, como la pobreza, los servicios de salud poco accesibles y de calidad deficiente, las restricciones en los programas de protección social, la discriminación y el estigma.

¹ Naciones Unidas. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Nueva York: Naciones Unidas; 2015. Disponible en: <https://sdgs.un.org/es/2030agenda>.

² Organización Mundial de la Salud. Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health Data Portal. Ginebra: OMS; 2023 [consultado el 19 de julio del 2023]. Disponible en: <https://platform.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/global-strategy-data>.

Fuente: OPS.

CUADRO 25 Mandatos y resoluciones vigentes de la Organización Panamericana de la Salud relacionados con la promoción de la salud y su influencia normativa en la mortalidad prematura potencialmente evitable

MANDATO O RESOLUCIÓN	INFLUENCIA REGULATORIA EN LA MPPE
<i>Promoción de la salud</i>	
CD57.R10: Estrategia y plan de acción sobre la promoción de la salud en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2019-2030	Establece un enfoque integral, intersectorial y comunitario de la promoción de la salud, con énfasis en los determinantes sociales, para pasar de un enfoque curativo a un enfoque de promoción de la salud con el fin de alcanzar las metas de los ODS. Su finalidad es prevenir enfermedades y, de esa forma, influir en la MPPE.
CD56.R8: Plan de acción para la salud de la mujer, el niño, la niña y adolescentes 2018-2030	Aborda las necesidades de salud de estos grupos poblacionales por medio de intervenciones específicas con un enfoque de equidad que tengan un impacto positivo en la salud y, en consecuencia, en la MPPE, de acuerdo con los principios de solidaridad, equidad en la salud, universalidad e inclusión social.
CD54.R18: Método para la estimación de la mortalidad materna en el período 1990-2015	Reconoce la mortalidad materna como causa potencialmente prevenible de muerte prematura, su importancia para la consecución de los ODS y la necesidad de darle seguimiento con una metodología de medición estandarizada y comparable para evaluar de manera confiable el comportamiento de esta causa de muerte.
CD52.R14: Formulación de políticas basadas en la evidencia para programas nacionales de inmunización	Reconoce que la vacunación es un mecanismo para prevenir enfermedades que tiene un efecto directo en la mortalidad prematura potencialmente prevenible. La amplia evidencia de la eficacia de esta medida prioritaria de salud pública respalda la Iniciativa ProVac del programa regional de inmunización.

CUADRO 25 Mandatos y resoluciones vigentes de la Organización Panamericana de la Salud relacionados con la promoción de la salud, y su influencia normativa en la mortalidad prematura potencialmente evitable (continuada)

MANDATO O RESOLUCIÓN	INFLUENCIA REGULATORIA EN LA MPPE
CD54.R8: Plan de acción sobre inmunización	Establece la inmunización como instrumento para la eliminación y el control de las enfermedades prevenibles mediante vacunación, con un impacto en la mortalidad prematura potencialmente prevenible, teniendo en cuenta los determinantes sociales y el logro de la cobertura universal.
CSP29.R11: Plan de acción para la sostenibilidad de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en las Américas 2018-2023	Reconoce la necesidad insoslayable de realizar intervenciones sostenidas para las enfermedades en proceso de eliminación, cuya retransmisión endémica tendría efectos negativos en la mortalidad prematura potencialmente prevenible.

Nota: MPPE: mortalidad prematura potencialmente evitable; ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Fuente: OPS.

RECUADRO 4 Abordar la violencia y la seguridad vial para reducir la mortalidad prematura potencialmente evitable

La violencia no es un tema nuevo para la Región de las Américas. Su impacto en la mortalidad prematura potencialmente evitable es bien conocido, así como la posibilidad de prevenirla. La violencia interpersonal y las colisiones de tránsito se encuentran entre las principales causas de mortalidad prematura potencialmente prevenible. La violencia interpersonal se aborda en diversas estrategias mundiales, regionales y nacionales, como la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible,¹ que incluye varias metas en relación con la violencia; la *Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer*;² el *Plan de acción mundial de la OMS para fortalecer la función del sistema de salud en el marco de una respuesta nacional multisectorial para abordar la violencia interpersonal, en particular contra las mujeres y las niñas, y contra los niños en general*,³ y la inclusión de indicadores específicos sobre la violencia en el Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) 2020-2025.⁴ Todo esto proporciona un marco sólido para la acción.

Según el informe sobre la situación regional correspondiente al 2020 en lo que respecta a la prevención y la respuesta frente a la violencia contra la población infantil, 25 países tenían al menos un plan de acción para prevenir la violencia contra este grupo de la población

RECUADRO 4 Abordar la violencia y la seguridad vial para reducir la mortalidad prematura potencialmente evitable (continuada)

y 29 contaban con un mecanismo de coordinación nacional o subnacional. Con la publicación de *INSPIRE: Siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños y las niñas*,⁵ los países cuentan con un marco basado en la evidencia que puede orientar la acción y medir los avances. Los promedios regionales indican que los países han avanzado en cuanto al respaldo a la aplicación y el cumplimiento de las leyes, acompañado de enfoques que fomentan la educación y las aptitudes para la vida, así como los servicios de respuesta y apoyo. Sin embargo, subsisten importantes brechas con respecto a los entornos seguros y el empoderamiento económico. En el informe también se alerta sobre las considerables dificultades para hacer llegar estas intervenciones a todas las personas que las necesitan y se ponen de relieve las desigualdades en la prevención y la respuesta frente a la violencia contra niños, niñas y adolescentes. A fin de respaldar los planes nacionales o multisectoriales que abordan la violencia contra las mujeres, la OPS trabaja en estrecha colaboración con los países para fortalecer los servicios de salud para las sobrevivientes de la violencia, de conformidad con las directrices de la OPS y la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Además, con la reciente publicación de *RESPETO a las mujeres: Prevención de la violencia contra las mujeres*,⁶ la OPS ha fortalecido su colaboración con los países y asociados en la aplicación de estrategias de prevención fundamentadas en la evidencia más reciente.

Para prevenir los traumatismos y las muertes causados por el tránsito, la evidencia indica que la promulgación, la aplicación y el cumplimiento de la normativa sobre factores de riesgo clave (conducción bajo los efectos del alcohol, uso del cinturón de seguridad, uso del casco, límites de velocidad y dispositivos de retención infantil) son eficaces. Por lo tanto, varios países de la Región han establecido normas específicas para que se cumplan estas medidas de seguridad, aunque la aplicación sigue siendo un desafío importante. A pesar de los avances en la atención después de los accidentes, como la disponibilidad de líneas telefónicas de emergencia dedicadas exclusivamente a este fin y la capacitación de los prestadores de atención prehospitalaria, subsisten desafíos que es necesario superar en cuanto a la accesibilidad y la calidad de la atención de urgencia.

La OPS ha abogado por un enfoque de salud pública que incida en la seguridad vial y la movilidad, incluida la cooperación técnica directa con los ministerios de salud y de transporte para elaborar y aplicar planes, políticas y mejoras legislativas, fortalecer la recopilación y el análisis de datos, y examinar las experiencias a fin de ampliar la base de evidencia sobre lo que funciona para prevenir los traumatismos causados por el tránsito en la Región de las Américas. Asimismo, la OPS ha fortalecido su colaboración con las partes interesadas gracias

RECUADRO 4 **Abordar la violencia y la seguridad vial para reducir la mortalidad prematura potencialmente evitable (continuada)**

al establecimiento de la Red Parlamentaria Latinoamericana para la Seguridad Vial y, en consonancia con los compromisos asumidos en la 3.ª Conferencia Ministerial Mundial sobre Seguridad Vial, celebrada en Estocolmo, y en la resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas del 2020 sobre el mejoramiento de la seguridad vial en el mundo, sigue colaborando en el plano interinstitucional en los preparativos para el segundo Decenio de Acción para la Seguridad Vial (2021-2030)⁷ y su plan mundial.

¹ Naciones Unidas. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Nueva York: Naciones Unidas; 2015. Disponible en: <https://sdgs.un.org/es/2030agenda>.

² Organización Panamericana de la Salud. La violencia contra la mujer. Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento de sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer. Washington, D.C.: OPS; 2015. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/18386>.

³ Organización Mundial de la Salud. Plan de acción mundial de la OMS para fortalecer la función del sistema de salud en el marco de una respuesta nacional multisectorial para abordar la violencia interpersonal, en particular contra las mujeres y las niñas, y contra los niños en general. Ginebra: OMS; 2021. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/A74_21-sp.pdf.

⁴ Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2020-2025: La equidad, el corazón de la salud. Washington, D.C.: OPS; 2019. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/plan-estrategico-ops-2020-2025>.

⁵ Organización Panamericana de la Salud. INSPIRE: Siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños y las niñas. Washington, D.C.: OPS; 2017. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/33741>.

⁶ Organización Mundial de la Salud. RESPETO a las mujeres: Prevención de la violencia contra las mujeres. Ginebra: OMS; 2019. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-18.19>.

⁷ Organización Mundial de la Salud. Decade of Action for Road Safety 2021-2030. Ginebra: OMS; 2021 [consultado el 19 de julio del 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/safety-and-mobility/decade-of-action-for-road-safety-2021-2030>.

Fuente: OPS.

CUADRO 26 **Mandatos y resoluciones vigentes de la Organización Panamericana de la Salud relacionados con la salud mental y la violencia, y su influencia normativa en la mortalidad prematura potencialmente evitable**

MANDATO O RESOLUCIÓN	INFLUENCIA REGULATORIA EN LA MPPE
<i>Salud mental</i>	
CD53.R7: Plan de acción sobre salud mental	Reconoce la contribución de la alta prevalencia de los problemas de salud mental y el consumo de sustancias psicoactivas a la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura potencialmente prevenible, y promueve la realización de intervenciones, con especial énfasis en la prevención del suicidio, la discapacidad y la mortalidad prematura potencialmente prevenible por medio de las intervenciones disponibles, en particular la prevención del suicidio.
CD48.R11: Prevención de la violencia y los traumatismos y promoción de la seguridad: un llamado a la acción en la Región	Reconoce que los traumatismos por causas externas son las principales causas de muerte prematura potencialmente prevenible y señala que hay medidas de seguridad humana, seguridad vial y salud urbana para prevenir los factores de riesgo comunes a diversas formas de traumatismos por causas externas.

CUADRO 26 Mandatos y resoluciones vigentes de la Organización Panamericana de la Salud relacionados con la salud mental y la violencia, y su influencia normativa en la mortalidad prematura potencialmente evitable (continuada)

MANDATO O RESOLUCIÓN	INFLUENCIA REGULATORIA EN LA MPPE
CD54.R12: Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer	Establece un enfoque integral de la violencia contra las mujeres, reconociendo sus profundas raíces en las desigualdades de género y los desequilibrios de poder entre hombres y mujeres que se perpetúan en el tiempo, así como el papel trascendental de los sistemas de salud en la prevención de este problema y sus consecuencias para la mortalidad prematura potencialmente prevenible.
CD50.R2: Estrategia sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública	Establece el enfoque de los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas basado en intervenciones preventivas y tratamiento oportuno, que podría influir en la mortalidad prematura potencialmente prevenible.
CD51.R7: Plan de acción sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública	Establece un enfoque integral del consumo de sustancias psicoactivas, basado en la prevención, la detección, la intervención temprana, el tratamiento, la rehabilitación, la reintegración social y la cooperación de servicios de apoyo, que tiene un efecto directo en la mortalidad prematura potencialmente prevenible.
CD51.R8: Estrategia y plan de acción sobre la epilepsia	Establece un enfoque integral de la epilepsia en términos de prevención, tratamiento y rehabilitación por medio de acciones concretas basadas en la evidencia, en particular como causa potencialmente tratable de mortalidad prematura.
CD52.R10: La enfermedad renal crónica en comunidades agrícolas de Centroamérica	Reconoce que la carga inusualmente alta de enfermedad renal crónica en las comunidades agrícolas de Centroamérica influye en la carga regional de MPPE y recomienda fortalecer las capacidades institucionales en materia de salud ambiental y ocupacional y realizar intervenciones preventivas.

Fuente: OPS.

RECUADRO 5 Eliminación de las enfermedades no transmisibles para reducir la mortalidad prematura potencialmente evitable

La Región de las Américas tiene una importante trayectoria de logros en relación con la eliminación de enfermedades transmisibles. Algunos ejemplos son la erradicación de la viruela y la eliminación de la poliomielitis, el tétanos neonatal y la transmisión endémica del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita. La mortalidad prematura por causas potencialmente tratables a raíz de enfermedades transmisibles ha disminuido con el tiempo, lo cual refleja el compromiso de los países de poner fin a epidemias como la infección por el VIH/sida, la tuberculosis (TB), la malaria, las enfermedades infecciosas desatendidas (como se conoce a las enfermedades tropicales desatendidas en la Región) y las hepatitis. Sin embargo, la infección

RECUADRO 5 **Eliminación de las enfermedades no transmisibles para reducir la mortalidad prematura potencialmente evitable (continuada)**

por el VIH/sida y la TB aún representan una parte importante de las principales causas de muerte prematura potencialmente prevenible por enfermedades transmisibles, y la Región está lejos de alcanzar los objetivos de eliminación.

La eliminación de la infección por el VIH como causa de mortalidad prematura potencialmente evitable (MPPE) plantea grandes desafíos para los sistemas de salud. Por ejemplo, requiere la aplicación de estrategias para eliminar las barreras de acceso que dificultan el diagnóstico y el inicio oportunos del tratamiento; la adopción de medidas para fortalecer la retención y la adhesión al tratamiento de las personas con la infección por el VIH, y la eliminación de las barreras estructurales, sociales y personales, incluidos el estigma y la discriminación generalizados, que enfrentan las personas con VIH y los grupos de población clave en entornos de atención de salud. Para aumentar la eficacia de los servicios de tratamiento de la infección por el VIH y acelerar su impacto en la reducción de la mortalidad relacionada con el sida, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) apoya a los países en el cumplimiento de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud sobre el inicio rápido del tratamiento antirretroviral, el uso de medicamentos nuevos y más potentes, el tratamiento integral de la TB, la dispensación sostenible de antirretrovirales y el acceso a la telemedicina, entre otras medidas para maximizar la adhesión y la permanencia del paciente en el tratamiento. En ese sentido, es importante tener en cuenta que, en consonancia con el modelo de redes integradas de servicios de salud, los servicios para personas con VIH deben descentralizarse e integrarse en todos los niveles de atención del sistema de salud, a fin de que la cadena de suministro de medicamentos funcione de manera eficiente y se garantice la disponibilidad continua y sostenida de medicamentos esenciales y productos de laboratorio.

Con respecto a la TB como causa de MPPE, la OPS apoya a los países en la aplicación de la Estrategia Fin de la TB.¹ El camino hacia la eliminación implica pasar de la incidencia baja a la etapa previa a la eliminación. En la actualidad, 14 países y territorios con incidencia baja de TB (es decir, menos de 10 casos por 100 000 habitantes) están avanzando hacia la etapa previa a la eliminación. Para poner fin a la TB (lo que incluye reducir las muertes por esta causa) es necesario acelerar la ampliación del diagnóstico temprano con nuevas pruebas moleculares rápidas y aumentar la detección de casos de TB y contactos; ampliar el tratamiento preventivo (principalmente en menores de 15 años y en personas con VIH); incorporar innovaciones con

RECUADRO 5 Eliminación de las enfermedades no transmisibles para reducir la mortalidad prematura potencialmente evitable (continuada)

nuevos esquemas de tratamiento oral para la TB multirresistente; respaldar la introducción de medicamentos pediátricos que puedan dispensarse; integrar la respuesta a la TB con la respuesta a la infección por el VIH y a otras enfermedades crónicas, como la diabetes, el cáncer y los problemas de salud mental, y abordar los determinantes sociales y ambientales de las enfermedades transmisibles. Asimismo, en vista de la brecha financiera que dificulta ciertas medidas para responder a la TB, varios países cuentan con apoyo financiero. Por ende, se deben ejecutar planes de sostenibilidad que permitan la continuidad de las actividades ante el retiro gradual de los donantes. Al respecto, se recomienda aplicar el marco de rendición de cuentas multisectorial para acelerar los avances y poner fin a la TB² con el propósito de facilitar el logro de los objetivos y los compromisos internacionales.

Por último, para reducir la carga de la MPPE es necesario tomar medidas con respecto a enfermedades estratégicamente importantes, como las hepatitis B y C crónicas —que son la causa del cáncer de hígado y la cirrosis—, la malaria y las enfermedades infecciosas desatendidas. En general, es necesario subrayar la importancia del diagnóstico oportuno y el tratamiento eficaz, fortalecer las capacidades básicas de los equipos de salud y cumplir los compromisos mundiales con la eliminación de estas enfermedades (por ejemplo, los Objetivos de Desarrollo Sostenible, la *Iniciativa de la OPS para la eliminación de enfermedades: Política para aplicar un enfoque integrado y sostenible de las enfermedades transmisibles en la Región de las Américas*,³ y *Poner fin a la desatención para alcanzar los objetivos de desarrollo sostenible: Hoja de ruta sobre enfermedades tropicales desatendidas 2021-2030*),⁴ a fin de ofrecer oportunidades para abordar las causas fundamentales de estas enfermedades con enfoques integrados, interprogramáticos e intersectoriales en los que las intervenciones se centren en las personas y la comunidad, y se adapten a su contexto particular.

¹ Organización Mundial de la Salud. The end TB strategy. Ginebra: OMS; 2019. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HTM-TB-2015.19>.

² Organización Mundial de la Salud. Multisectoral accountability framework to accelerate progress to end tuberculosis by 2030. Ginebra: OMS; 2019. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331934>.

³ Organización Panamericana de la Salud. Iniciativa de la OPS para la eliminación de enfermedades: Política para aplicar un enfoque integrado y sostenible de las enfermedades transmisibles en la Región de las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2019. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/iniciativa-ops-para-eliminacion-enfermedades-politica-para-aplicar-enfoque-integrado>.

⁴ Organización Mundial de la Salud. Poner fin a la desatención para alcanzar los objetivos de desarrollo sostenible: hoja de ruta sobre enfermedades tropicales desatendidas 2021-2030. Ginebra: OMS; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240010352>.

Fuente: OPS.

CUADRO 27 Mandatos y resoluciones vigentes de la Organización Panamericana de la Salud relacionados con las enfermedades transmisibles y los determinantes ambientales de la salud, y su influencia normativa en la mortalidad prematura potencialmente evitable

MANDATO O RESOLUCIÓN	INFLUENCIA REGULATORIA EN LA MPPE
<i>Enfermedades transmisibles y determinantes ambientales de la salud</i>	
CD57.R7: Iniciativa de la OPS para la eliminación de enfermedades: política para aplicar un enfoque integrado y sostenible de las enfermedades transmisibles en la Región de las Américas	Señala que las enfermedades transmisibles son una de las principales causas de mortalidad prematura y reconoce el papel central del primer nivel de atención para su prevención y tratamiento oportuno, así como la necesidad de fortalecer los sistemas de salud en el marco de la <i>Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud</i> .
CD55.R5: Plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021	Establece el enfoque con respecto a la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual como causas principales de mortalidad prematura potencialmente prevenible. Tiene en cuenta tanto la disponibilidad de medicamentos y tecnologías para su tratamiento como la necesidad de trabajar en el impacto social de estas epidemias en grupos de población clave en situación de vulnerabilidad.
CD55.R7: Plan de acción para la eliminación de la malaria 2016-2020	Señala que la malaria es una causa potencialmente prevenible y tratable de mortalidad prematura, y destaca la necesidad de influir en los determinantes sociales de la salud, tomar medidas eficaces para prevenir el contagio y garantizar el manejo de los casos con tratamiento antimalárico oportuno.
CD55.R9: Plan de acción para la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas y las medidas posteriores a la eliminación 2016-2022	Señala que las enfermedades infecciosas desatendidas afectan de manera marcada a grupos poblacionales vulnerables y en alto riesgo, y promueve la adopción de medidas preventivas y de tratamiento eficaces como mecanismos de protección frente a la MPPE.
CD56.R2: Plan de acción sobre entomología y control de vectores 2018-2023	Establece un enfoque integral de la prevención, el control y la eliminación de ciertos vectores y enfermedades de transmisión vectorial para reducir su impacto en la MPPE. Apoya la <i>Respuesta mundial para el control de vectores 2017-2030</i> promovida por la Organización Mundial de la Salud.
CD54.R15: Plan de acción sobre la resistencia a los antimicrobianos	Reconoce la importancia de preservar los antibióticos como medicamentos esenciales, que contribuyen en gran medida a reducir la morbilidad y la mortalidad por enfermedades infecciosas, en vista de que la resistencia a los antimicrobianos es una amenaza para la salud y una causa potencialmente tratable de mortalidad prematura.

Nota: MPPE: mortalidad prematura potencialmente evitable; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

Fuente: OPS.

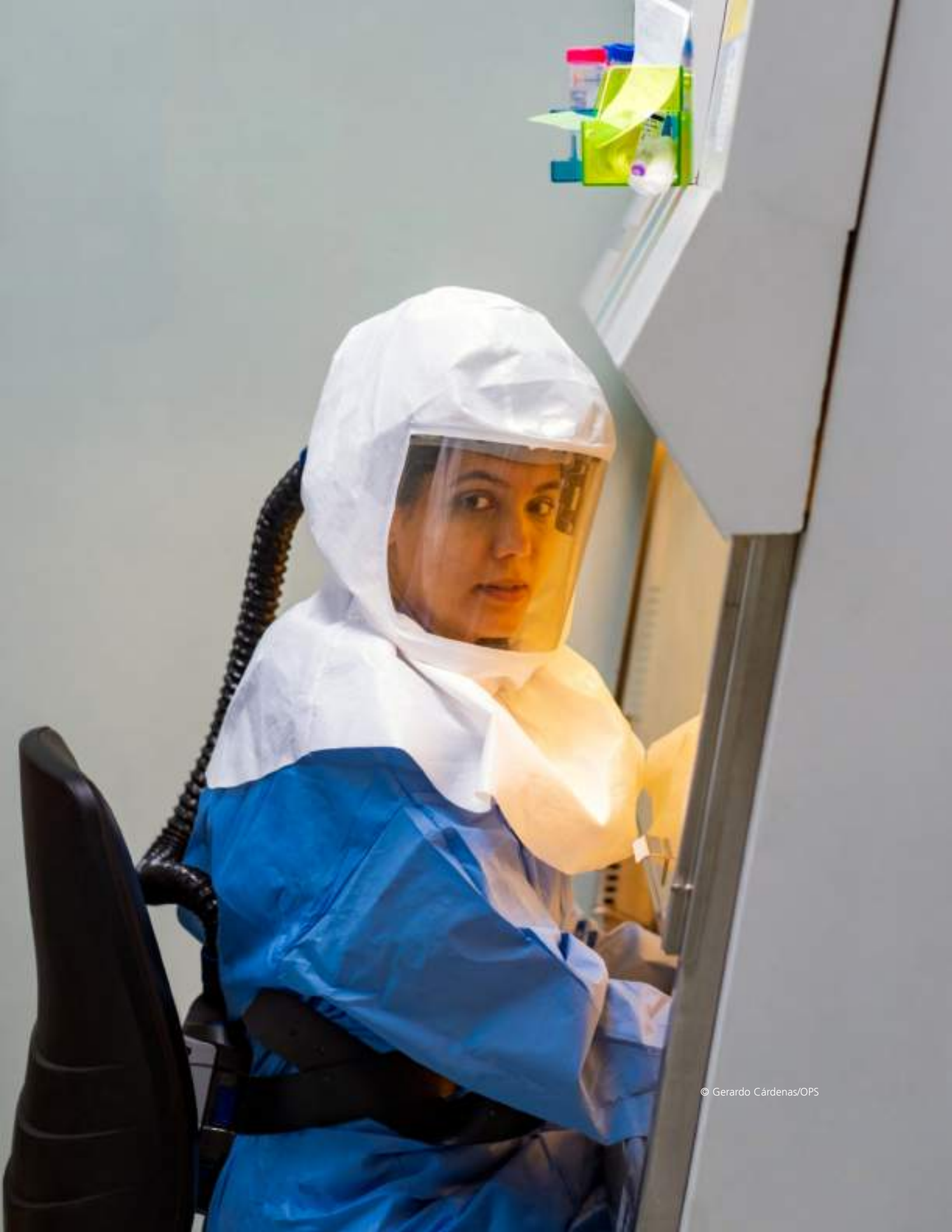
la mortalidad materna y neonatal en la MPPE, la OPS ha preconizado la promoción de la salud, que busca, con una perspectiva intersectorial y comunitaria y con énfasis en los determinantes sociales de la salud, pasar de un enfoque curativo a uno preventivo de

la enfermedad (recuadro 3 y cuadro 25). En el mismo sentido, reconociendo la carga de la MPPE relacionada con la violencia interpersonal y los traumatismos causados por el tránsito, la OPS ha formulado una serie de intervenciones e iniciativas de política encaminada a reducir

el sufrimiento por estas causas (recuadro 4 y cuadro 26). Por último, con respecto a las enfermedades transmisibles, aunque la Región ha logrado mejoras significativas, todavía hay una agenda inconclusa que requiere especial atención para reducir su impacto en la MPPE (recuadro 5 y cuadro 27).

Estas siete consideraciones presentan una vía para incidir en la MPPE a escala regional, objetivo que está en consonancia con la Agenda 2030, específicamente en lo que se refiere al componente de mortalidad

vinculado al ODS 3, y son muy pertinentes en el contexto de la pandemia de COVID-19. También son un llamado a orientar los esfuerzos regionales, nacionales y locales al cumplimiento de los compromisos asumidos por los Estados Miembros en la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* y a la acción intersectorial en relación con los DSAS encaminada a reducir la carga de MPPE y sus desigualdades sociales para cumplir la promesa de no dejar a nadie atrás en el camino hacia el desarrollo sostenible y la justicia social.



Referencias

1. Wang H, Naghavi M, Allen C, Barber RM, Bhutta ZA, Carter A, et al. Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016;388(10053):1459-1544. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31012-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31012-1).
2. Organización Mundial de la Salud. World health statistics 2021: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Ginebra: OMS; 2021. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/342703>.
3. Braveman P, Gottlieb L. The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. *Public Health Rep*. 2014;129 (Suppl 2):19-31. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/003335491412915206>.
4. Kossarova L, Holland W, Mossialos E. 'Avoidable' mortality: A measure of health system performance in the Czech Republic and Slovakia between 1971 and 2008. *Health Policy Plan*. 2013;28(5):508-525. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/heapol/czs093>.
5. Nolte E, McKee M. Does healthcare save lives? Avoidable mortality revisited. Londres: Nuffield Trust; 2004. Disponible en: <https://www.nuffieldtrust.org.uk/research/does-healthcare-save-lives-avoidable-mortality-revisited>.
6. Oficina de Estadísticas Nacionales del Reino Unido. Avoidable mortality in England and Wales, 2012. Newport: ONS; 2014. Disponible en: <https://www.bl.uk/collection-items/avoidable-mortality-in-england-and-wales-2012>.
7. Rutstein DD, Berenberg W, Chalmers TC, Child CG, Fishman AP, Perrin EB, et al. Measuring the quality of medical care: A clinical method. *N Eng J Med*. 1976;294(11):582-588. Disponible en: <https://doi.org/10.1056/NEJM197603112941104>.
8. Rutstein D, Berenberg W, Chalmers TC, Fishman AP, Perrin EB, Zuidema GD. Measuring the quality of medical care: Second revision of tables of indexes. *N Eng J Med*. 1980;302(20):1146. Disponible en: <https://doi.org/10.1056/NEJM198005153022012>.
9. Charlton JR, Hartley RM, Silver R, Holland WW. Geographical variation in mortality from conditions amenable to medical intervention in England and Wales. *Lancet*. 1983;321(8326):691-696. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(83\)91981-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(83)91981-5).
10. Tobias M, Jackson G. Avoidable mortality in New Zealand, 1981-97. *Aust N Z J Public Health*. 2001;25(1):12-20. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1467-842X.2001.tb00543.x>.
11. Carvalho Malta D, Magalhães Fernandes Saltarelli R, Ruscitto do Prado R, Aparecida Monteiro R, Furquim de Almeida M. Mortes evitáveis no Sistema Único de Saúde na população brasileira, entre 5 e 69 anos, 2000-2013. *Rev Bras Epidemiol*. 2018;21. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1980-549720180008>.
12. Aburto JM, Riffe T, Canudas-Romo V. Trends in avoidable mortality over the life course in Mexico, 1990-2015: A cross-sectional demographic analysis. *BMJ Open*. 2018;8(7):1-11. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022350>.
13. Franco-Marina F, Lozano R, Villa B, Soliz P. La Mortalidad en México, 2000-2004 "Muertes Evitables: magnitud, distribución y tendencias". México, D.F.: Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud; 2006.

14. Carvalho Malta D, Magalhães Fernandes Saltarelli R, Ruscitto do Prado R, Aparecida Monteiro R, Furquim de Almeida M. Tendência da mortalidade por causas evitáveis na infância: contribuições para a avaliação de desempenho dos serviços públicos de saúde da Região Sudeste do Brasil. *Rev Bras Epidemiol.* 2019;22:e190020-e. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1980-549720190020>.
15. Alvis-Guzmán N, Alvis-Estrada L. Costos económicos de la mortalidad evitable en Cartagena, Colombia, 2000-2005. *Rev Salud Publica.* 2009;11(6):970-978. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0124-00642009000600013>.
16. Khan AM, Urquia M, Kornas K, Henry D, Cheng SY, Bornbaum C, et al. Socioeconomic gradients in all-cause, premature and avoidable mortality among immigrants and long-term residents using linked death records in Ontario, Canada. *J Epidemiol Community Health.* 2017;71(7):625-632. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/jech-2016-208525>.
17. Omariba DWR. Immigration, ethnicity, and avoidable mortality in Canada, 1991-2006. *Ethn Health.* 2015;20(4):409-436. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/13557858.2014.995155>.
18. Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad por causas potencialmente tratables en las Américas 2000-2009. En: *Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos 2013.* Washington, D.C.: OPS; 2013. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49307>.
19. Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad prematura por causas evitables en las Américas 2001 y 2010. En: *Situación de salud en las Américas. Indicadores Básicos 2015.* Washington, D.C.: OPS; 2015. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31073>.
20. Gianino MM, Lenzi J, Muça A, Fantini MP, Siliquini R, Ricciardi W, et al. Declining amenable mortality: time trend (2000-2013) and geographic area analysis. *Health Serv Res.* 2017;52(5):1908-1927. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12563>.
21. Gianino MM, Lenzi J, Bonaudo M, Fantini MP, Siliquini R, Ricciardi W, et al. Patterns of amenable child mortality over time in 34 member countries of the Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD): evidence from a 15-year time trend analysis (2001-2015). *BMJ Open.* 2019;9:e027909. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/9/5/e027909>.
22. Martínez R, Lloyd-Sherlock P, Soliz P, Ebrahim S, Vega E, Ordunez P, et al. Trends in premature avertable mortality from non-communicable diseases for 195 countries and territories, 1990-2017: a population-based study. *Lancet Glob Health.* 2020;8(4):e511-e523. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30035-8](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30035-8).
23. Martínez R, Soliz P, Mujica O, Reveiz L, Campbell N, Ordunez P. The slowdown in the reduction rate of premature mortality from cardiovascular diseases puts the Americas at risk of achieving SDG 3.4: A population trend analysis of 37 countries from 1990 to 2017. *J Clin Hypertens.* 2020;22(8):1296-1309. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jch.13922>.
24. Mackenbach JP, Hu Y, Artnik B, Bopp M, Costa G, Kalediene R, et al. Trends in inequalities in mortality amenable to health care in 17 European countries. *Health Aff (Millwood).* 2017;36(6):1110-1118. Disponible en: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2016.1674>.
25. Manderbacka K, Arffman M, Sund R, Karvonen S. Multiple social disadvantage does it have an effect on amenable mortality: A brief report. *Int J Equity Health.* 2014;13(67). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12939-014-0067-5>.
26. Nolasco A, Moncho J, Quesada JA, Melchor I, Pereyra-Zamora P, Tamayo-Fonseca N, et al. Trends in socioeconomic inequalities in preventable mortality in urban areas of 33 Spanish cities, 1996-2007 (MEDEA project). *Int J Equity Health.* 2015;14(33). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12939-015-0164-0>.
27. Minet Kinge J, Vallejo-Torres L, Morris S. Income related inequalities in avoidable mortality in Norway: A population-based study using data from 1994-2011. *Health Policy.* 2015;119(7):889-898. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.04.016>.
28. Nolasco A, Quesada JA, Moncho J, Melchor I, Pereyra-Zamora P, Tamayo-Fonseca N, et al. Trends in socioeconomic inequalities in amenable mortality in urban areas of Spanish cities, 1996-2007. *BMC Public Health.* 2014;14:299. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-299>.

29. Lumme S, Manderbacka K, Karvonen S, Keskimäki I. Trends of socioeconomic equality in mortality amenable to healthcare and health policy in 1992-2013 in Finland: A population-based register study. *BMJ Open*. 2018;8(12):1-11. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023680>.
30. Stirbu I, Kunst AE, Bopp M, Leinsalu M, Regidor E, Esnaola S, et al. Educational inequalities in avoidable mortality in Europe. *J Epidemiol Community Health*. 2010;64(10):913-920. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/jech.2008.081737>.
31. Makarova N, Klein-Ellinghaus F, Frisina Doetter L. Applications and limitations of the concept of 'avoidable mortality' among immigrant groups in Europe: A scoping review. *Public Health*. 2015;129(4):342-350. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2015.01.006>.
32. Kunitz SJ, Veazie M, Henderson JA. Historical trends and regional differences in all-cause and amenable mortality among American Indians and Alaska Natives since 1950. *Am J Public Health*. 2014;104:S268-S277. Disponible en: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301684>.
33. Kruk ME, Gage AD, Joseph NT, Danaei G, García-Saisó S, Salomon JA. Mortality due to low-quality health systems in the universal health coverage era: a systematic analysis of amenable deaths in 137 countries. *Lancet*. 2018;392(10160):2203-2212. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31668-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31668-4).
34. Barber RM, Fullman N, Sorensen RJD, Bollyky T, McKee M, Nolte E, et al. Healthcare access and quality index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990-2015: A novel analysis from the global burden of disease study 2015. *Lancet*. 2017;390(10091):231-266. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30818-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30818-8).
35. Nolasco A, Melchor I, Pina JA, Pereyra-Zamora P, Moncho J, Tamayo N, et al. Preventable avoidable mortality: Evolution of socioeconomic inequalities in urban areas in Spain, 1996-2003. *Health Place*. 2009;15(3):732-741. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2008.12.003>.
36. Dávila-Cervantes C, Agudelo-Botero M. Changes in life expectancy due to avoidable and non-avoidable deaths in Argentina, Chile, Colombia and Mexico, 2000-2011. *Cad Saude Publica*. 2018;34(6). Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00093417>.
37. Gispert R, Serra I, Barés MA, Puig X, Puigdefàbregas A, Freitas A. The impact of avoidable mortality on life expectancy at birth in Spain: Changes between three periods, from 1987 to 2001. *J Epidemiol Community Health*. 2008;62(9):783-789. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/jech.2007.066027>.
38. Nolte E, Scholz R, Shkolnikov V, McKee M. The contribution of medical care to changing life expectancy in Germany and Poland. *Soc Sci Med*. 2002;55(11):1905-1921. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00320-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00320-3).
39. Velkova A, Wolleswinkel-Van Den Bosch JH, Mackenbach JP. The East-West life expectancy gap: Differences in mortality from conditions amenable to medical intervention. *Int J Epidemiol*. 1997;26(1):75-84. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/ije/26.1.75>.
40. Organización Mundial de la Salud. Global health estimates. Ginebra: OMS; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/data/global-health-estimates>.
41. Organización Mundial de la Salud. Multisectoral and intersectoral action for improved health and well-being for all: mapping of the WHO European Region. Governance for a sustainable future: improving health and well-being for all. Copenhagen: OMS; 2018. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341715>.
42. Luciani S, Cabanes A, Prieto-Lara E, Gawryszewski V. Cervical and female breast cancers in the Americas: current situation and opportunities for action. *Bull World Health Organ*. 2013;91(9):640-649. Disponible en: <https://doi.org/10.2471/BLT.12.116699>.
43. Organización Panamericana de la Salud. Masculinidades y salud en la Región de las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2019. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51764>.
44. Organización Mundial de la Salud. WHO methods and data sources for global burden of disease estimates 2000-2019. Ginebra: OMS; 2020. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/gho-documents/global-health-estimates/ghe2019_daly-methods.pdf.

45. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas+, edición del 2017. Resumen: panorama regional y perfiles de país. Washington, D.C.: OPS; 2017. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34322>.
46. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Global Study on Homicide 2019. Viena: UNODC; 2019. Disponible en: <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/global-study-on-homicide.html>.
47. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores básicos 2019: Tendencias de la salud en las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2019. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51543>.
48. Grant BF, Saha TD, Ruan WJ, Goldstein RB, Chou SP, Jung J, et al. Epidemiology of DSM-5 Drug Use Disorder: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III. *JAMA Psychiatry*. 2016;73(1):39-47. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.2132>.
49. Aburto JM, Riffe T, Canudas-Romo V. Trends in avoidable mortality over the life course in Mexico, 1990-2015: a cross-sectional demographic analysis. *BMJ Open*. 2018;8(7):e022350. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022350>.
50. Blumenberg C, Martins RC, Calu Costa J, Ricardo LIC. Is Brazil going to achieve the road traffic deaths target? An analysis about the sustainable development goals. *Inj Prev*. 2018;24(4):250-255. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/injuryprev-2017-042473>.
51. Mannucci PM, Franchini M. Health effects of ambient air pollution in developing countries. *Int J Environ Res Public Health*. 2017;14(9):1048. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph14091048>.
52. Etienne CF. Achieving social equity. En: Frenk J, Hoffman SJ, editors. "To save humanity": What matters most for a healthy future. Nueva York: Oxford University Press; 2015.
53. Lewer D, Jayatunga W, Aldridge RW, Edge C, Marmot M, Story A, et al. Premature mortality attributable to socioeconomic inequality in England between 2003 and 2018: an observational study. *Lancet Public Health*. 2020;5(1):e33-e41. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30219-1](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30219-1).
54. Verstraeten SPA, van Oers HAM, Mackenbach JP. Contribution of amenable mortality to life expectancy differences between the Dutch Caribbean islands of Aruba and Curaçao and the Netherlands. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44:e38. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.38>.
55. Organización Panamericana de la Salud. La salud en las Américas. Edición del 2002. Vol 1. Washington, D.C.: OPS; 2002. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/746>.
56. Organización Panamericana de la Salud. La Salud en las Américas. Edición 2007. Vol. 1 Regional. Washington, D.C.: OPS; 2007. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/3009>.
57. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas edición de 2012. Panorama regional y perfiles de país. Washington, D.C.: OPS; 2012. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/3272>.
58. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. La ineficiencia de la desigualdad (LC/SES.37/3-P). Santiago: CEPAL; 2018. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/43442-la-ineficiencia-la-desigualdad>.
59. Organización Panamericana de la Salud. Environmental gradients and health inequalities in the Americas: access to water and sanitation as determinants of health. Washington, D.C.: OPS; 2016. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31404>.
60. Organización Panamericana de la Salud. Informe final sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud en la Región de las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2017. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34114>.
61. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas. World Social Report 2020: inequality in a rapidly changing world. Nueva York: UNDESA; 2020. Disponible en: <https://www.un.org/development/desa/dspdl/world-social-report/2020-2.html>.
62. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre Desarrollo Humano 2019: Más allá del ingreso, más allá de los promedios, más allá del presente: Desigualdades del desarrollo humano en el siglo XXI. Nueva York: PNUD; 2019. Disponible en: https://hdr.undp.org/system/files/documents/hdr2019espdf_1.pdf.
63. Banco Mundial. Poverty and shared prosperity 2018: Piecing together the poverty puzzle. Washington, D.C.: Banco Mundial; 2018. Disponible en: <https://www.worldbank.org/en/publication/poverty-and-shared-prosperity-2018>.

64. Alvaredo F, Chancel L, Piketty T, Saez E, Zucman G. *The World Inequality Report 2018*. París: WID.worldfellows; 2018. Disponible en: <https://wir2018.wid.world/>. Resumen ejecutivo en español disponible en: <https://wir2018.wid.world/files/download/wir2018-summary-spanish.pdf>.
65. Comisión de la Organización Panamericana de la Salud sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas. *Sociedades justas: equidad en la salud y vida digna*. Informe de la Comisión de la Organización Panamericana de la Salud sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2019. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51615>.
66. Organización Panamericana de la Salud. *Manual para el monitoreo de las desigualdades en salud, con especial énfasis en países de ingresos medianos y bajos*. Washington, D.C.: OPS; 2016. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31211>.
67. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud: resumen analítico del informe final*. Ginebra: OMS; 2008. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/item/WHO-IER-CSDH-08.1>.
68. Mújica ÓJ, Moreno CM. De la retórica a la acción: medir desigualdades en salud para “no dejar a nadie atrás”. *Rev Panam Salud Publica*. 2019;43:e12. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.12>.
69. Mújica ÓJ. Cuatro cuestiones axiológicas de la epidemiología social para el monitoreo de la desigualdad en salud. *Rev Panam Salud Publica*. 2015;38(6):433-441. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/18557>.
70. Kakwani N, Wagstaff A, van Doorslaer E. Socioeconomic inequalities in health: Measurement, computation, and statistical inference. *J Econom*. 1997;77(1):87-103. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0304-4076\(96\)01807-6](https://doi.org/10.1016/S0304-4076(96)01807-6).
71. Naciones Unidas. *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. Nueva York: Naciones Unidas; 2015. Disponible en: <https://sdgs.un.org/es/2030agenda>.
72. Naciones Unidas. Marco de indicadores mundiales para los Objetivos de Desarrollo Sostenible y metas de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. A/RES/71/313; E/CN.3/2023/2. Nueva York: Naciones Unidas; 2018. Disponible en: https://unstats.un.org/sdgs/indicators/Global%20Indicator%20Framework%20after%202023%20refinement_Spa.pdf.
73. Organización Mundial de la Salud. *Tendencias en la mortalidad materna de 2000 a 2017: cálculos de la OMS, el UNICEF, el UNFPA, el Grupo del Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas (DPNU): resumen de orientación*. Ginebra: OMS; 2019. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/332475>.
74. Organización Panamericana de la Salud. *Agenda de salud sostenible para las Américas 2018-2030: un llamado a la acción para la salud y el bienestar en la Región*. Washington, D.C.: OPS; 2017. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49169>.
75. Enríquez Nava MF, Esquivel Velásquez AD, Patón Sanjines M, Pooley Ayarza BC, Alarcón R, Hernández Muñoz R, et al. Comportamiento y desigualdades sociales en indicadores priorizados del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 en Bolivia. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44:e101. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.101>.
76. Sanhueza A, Calle Roldán J, Ríos-Quituzaca P, Acuña MC, Espinosa I. Social inequalities in maternal mortality among the provinces of Ecuador. *Rev Panam Salud Publica*. 2017;41:e97. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34066>.
77. Tullo E, Lerea MJ, González R, Galeano J, Insfrán MD, Muñoz M, et al. Desigualdades sanitarias y sociales en la salud materna y del niño en Paraguay. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44:e107. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.107>.
78. Bennett JE, Kontis V, Mathers CD, Guillot M, Rehm J, Chalkidou K, et al. NCD Countdown 2030: pathways to achieving Sustainable Development Goal target 3.4. *Lancet*. 2020;396(10255):918-934. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31761-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31761-X).

79. Bennett JE, Stevens GA, Mathers CD, Bonita R, Rehm J, Kruk ME, et al. NCD Countdown 2030: worldwide trends in non-communicable disease mortality and progress towards Sustainable Development Goal target 3.4. *Lancet*. 2018;392(10152):1072-1088. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31992-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31992-5).
80. Organización Mundial de la Salud. Lucha contra las ENT: «mejores inversiones» y otras intervenciones recomendadas para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. Ginebra: OMS; 2017. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/259351>.
81. Organización Panamericana de la Salud. Enfermedades no transmisibles . Indicadores de progreso 2020: tabla de resultados para las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2020. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51939>.
82. Organización Mundial de la Salud. Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013-2020. Ginebra: OMS; 2013. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506236>.
83. Fullman N, Yearwood J, Abay SM, Abbafati C, Abd-Allah F, Abdela J, et al. Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2018;391(10136):2236-2271. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30994-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30994-2).
84. Greene J, Guanais F. An examination of socioeconomic equity in health experiences in six Latin American and Caribbean countries. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e127. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.127>.
85. Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración política de la reunión de alto nivel sobre la cobertura sanitaria universal. Resolución A/RES/74/2 aprobada por la Asamblea General el 10 de octubre del 2019. Nueva York: Naciones Unidas; 2019. Disponible en: <https://undocs.org/Home/Mobile?FinalSymbol=A%2FRes%2F74%2F2&Language=E&DeviceType=Desktop&LangRequested=False>.
86. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud [resolución CD53.R14]. 53.º Consejo Directivo de la OPS, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2014. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/7652>.
87. Organización Panamericana de la Salud. APS 30-30-30, el nuevo Pacto Regional por la Atención Primaria de Salud para la Salud Universal de la OPS. Washington, D.C.: OPS; 2019. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/11-4-2019-aps-30-30-30-nuevo-pacto-regional-por-atencion-primaria-salud-para-salud>.
88. Nolte E, McKee M. Measuring the health of nations: analysis of mortality amenable to health care. *BMJ*. 2003;327(7424):1129. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7424.1129>.
89. Organización Panamericana de la Salud. Marco de monitoreo para la salud universal en las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2021. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53299>.
90. Organización Mundial de la Salud. La atención primaria de salud en el camino hacia la cobertura sanitaria universal: informe de seguimiento 2019. Ginebra: OMS; 2019. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240029040>.
91. Báscolo E, Houghton N, Del Riego A. Leveraging household survey data to measure barriers to health services access in the Americas. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44:e100. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.100>.
92. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción para mejorar la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud 2020-2025 [resolución CD57.R13]. 57.º Consejo Directivo de la OPS, 71.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2019. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/58168>.
93. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España. Estudio IBEAS: prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. Madrid: MSPS; 2010. Disponible en: https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/informacion/publicaciones/2010/docs/INFORME_IBEAS.pdf.

94. Montserrat-Capella D, Suárez M, Ortiz L, Mira JJ, Duarte HG, Reveiz L, et al. Frequency of ambulatory care adverse events in Latin American countries: the AMBEAS/PAHO cohort study. *Int J Qual Health Care*. 2015;27(1):52-59. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzu100>.
95. Macinko J, Guanais FC, Mullachery P, Jimenez G. Gaps in primary care and health system performance in six Latin American and Caribbean countries. *Health Aff*. 2016;35(8):1513-1521. Disponible en: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2015.1366>.
96. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud [documento CSP29/10]. 29.ª Conferencia Sanitaria Panamericana, 69.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2017. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34964>
97. Organización Panamericana de la Salud. El acceso y uso racional de los medicamentos y otras tecnologías sanitarias estratégicas y de alto costo [documento CD55/10, Rev. 1]. 55.º Consejo Directivo de la OPS, 68.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2016. Disponible en: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD55-10-s.pdf>.
98. Sandall J, Tribe RM, Avery L, Mola G, Visser GH, Homer CS, et al. Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. *Lancet*. 2018;392(10155):1349-1357. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)31930-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)31930-5).
99. Báscolo E, Houghton N, Del Riego A. Lógicas de transformación de los sistemas de salud en América Latina y resultado en acceso y cobertura de salud. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e126. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49472>.
100. Organización Panamericana de la Salud. Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción. Washington, D.C.: OPS; 2019. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53125>.
101. Cid C, Báscolo E, Morales C. La eficiencia en la agenda de la estrategia de acceso y cobertura universales en salud en las Américas. *Salud Publica Mex*. 2016;58(5):496-503. Disponible en: <https://doi.org/10.21149/spm.v58i5.8182>.
102. Cid C, Flores G, Del Riego A, Fitzgerald J. Objetivos de Desarrollo Sostenible: impacto de la falta de protección financiera en salud en países de América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Publica*. 2021;45:e95. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.95>.
103. EM-DAT The International Disaster Database. Centre for Research on the Epidemiology of Disasters, Université catholique de Louvain. 2021. Disponible en: <https://public.emdat.be/>.
104. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas+, edición del 2017. Resumen: panorama regional y perfiles de país. Washington, D.C.: OPS; 2017. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34469>.
105. García Arróliga NM, Méndez Estrada KM, Franco Vargas E, Olmedo Santiago C. Impacto socioeconómico de los desastres en México durante 2017. Resumen ejecutivo. Ciudad de México: Centro Nacional de Prevención de Desastres; 2019. Disponible en: <https://www.cenapred.unam.mx/es/Publicaciones/archivos/403-NO.19-RESUMENEJECUTIVOIMPACTO2017.PDF>.
106. National Institute of Standards and Technology. Learning from Hurricane Maria's impacts on Puerto Rico: A progress report. Gaithersburg: NIST; 2021. Disponible en: <https://www.nist.gov/publications/learning-hurricane-marias-impacts-puerto-rico-progress-report>.
107. Santos-Burgoa C, Sandberg J, Suárez E, Goldman-Hawes A, Zeger S, Garcia-Meza A, et al. Differential and persistent risk of excess mortality from Hurricane Maria in Puerto Rico: a time-series analysis. *Lancet Planet Health*. 2018;2(11):e478-e488. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(18\)30209-2](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(18)30209-2).
108. Sandberg J, Santos-Burgoa C, Roess A, Goldman-Hawes A, Pérez CM, Garcia-Meza A, et al. All over the place?: Differences in and consistency of excess mortality estimates in Puerto Rico after Hurricane Maria. *Epidemiology*. 2019;30(4):549-552. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/EDE.0000000000000970>.
109. Kishore N, Marqués D, Mahmud A, Kiang MV, Rodriguez I, Fuller A, et al. Mortality in Puerto Rico after Hurricane Maria. *N Engl J Med*. 2018;379(2):162-170. Disponible en: <https://doi.org/10.1056/NEJMsa1803972>.

110. Organización Mundial de la Salud. A strategic framework for emergency preparedness. Ginebra: OMS; 2017. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/254883>.
111. Organización Panamericana de la Salud. Marco de respuesta multiamenaza del sector de la salud. Washington, D.C.: OPS; 2019. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51498>.
112. Oficina de las Naciones Unidas para la Reducción del Riesgo de Desastres. Marco de Sendai para la reducción del riesgo de desastres 2015-2030. Ginebra: UNISDR; 2015. Disponible en: https://www.unisdr.org/files/43291_spanishsendaiframeworkfordisasterri.pdf.
113. Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. Informe mundial sobre desastres 2018. Ginebra: IFRC; 2018. Disponible en: <https://www.ifrc.org/sites/default/files/2021-09/B-WDR-SP%20web.pdf>.
114. Organización Panamericana de la Salud. Hurricane Eta and Iota: Situation Report No. 9. Washington, D.C.: OPS; 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/en/documents/pahowho-response-hurricanes-eta-and-iota-central-america-situation-report-9>.
115. Organización Panamericana de la Salud. St. Vincent and the Grenadines, La Soufriere volcano: donor alert No. 1, 10 April 2021. Washington, D.C.: OPS; 2021. Disponible en: <https://www.paho.org/en/documents/st-vincent-and-grenadines-soufriere-volcano-donor-alert-1-10-april-2021>.
116. Czeisler M, Marynak K, Clarke KEN, Salah Z, Shakya I, Thierry JM, et al. Delay or avoidance of medical care because of COVID-19-related concerns — United States, June 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2020;69(36):1250-1257. Disponible en: <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6936a4>.
117. Arias E, Tejada-Vera B, Ahmad F. Provisional life expectancy estimates for 2020. Report n.º 015. Washington, D.C.: Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos; 2021. Disponible en: <https://www.cdc.gov/nchs/data/vsrr/vsrr015-508.pdf>.
118. Dasgupta S, Bowen VB, Leidner A, Fletcher K, Musial T, Rose C, et al. Association between social vulnerability and a county's risk for becoming a COVID-19 hotspot — United States, June 1-July 25, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2020;69(42):1535-1541. Disponible en: <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6942a3>.
119. Rodríguez-Díaz CE, Guilamo-Ramos V, Mena L, Hall E, Honermann B, Crowley JS, et al. Risk for COVID-19 infection and death among Latinos in the United States: examining heterogeneity in transmission dynamics. *Ann Epidemiol.* 2020;52:46-53.e2. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2020.07.007>.
120. Gutierrez JP, Bertozzi SM. Non-communicable diseases and inequalities increase risk of death among COVID-19 patients in Mexico. *PLoS One.* 2020;15(10):e0240394. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240394>.
121. Ingraham NE, Purcell LN, Karam BS, Dudley RA, Usher MG, Warlick CA, et al. Racial and ethnic disparities in hospital admissions from COVID-19: Determining the impact of neighborhood deprivation and primary language. *J Gen Intern Med.* 2021; 36:3462-3470. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11606-021-06790-w>.
122. Braga Ribeiro K, Freitas Ribeiro A, De Sousa Mascena Veras MA, Caldas de Castro M. Social inequalities and COVID-19 mortality in the city of São Paulo, Brazil. *Int J Epidemiol.* 2021;50(3):732-742. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/ije/dyab022>.
123. Badellino H, Gobbo ME, Torres E, Aschieri ME. Early indicators and risk factors associated with mental health problems during COVID-19 quarantine: Is there a relationship with the number of confirmed cases and deaths? *Int J Soc Psychiatry.* 2020;67(5). Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0020764020966020>.
124. Giardino DL, Huck-Iriart C, Riddick M, Garay A. The endless quarantine: the impact of the COVID-19 outbreak on healthcare workers after three months of mandatory social isolation in Argentina. *Sleep Med.* 2020;76:16-25. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2020.09.022>.



AREA DE OBSERVACION ADULTOS - A

Anexos

Anexo 1. Causas de muerte incluidas como mortalidad prematura potencialmente evitable

Causas de muerte incluidas como mortalidad prematura potencialmente evitable

GRUPO DE CAUSAS (n = 12)	CAUSAS DE MUERTE (n = 50)	CÓDIGO EMS	CÓDIGOS CIE-10	PREVENIBLE	TRATABLE	CRITERIOS METODOLÓGICOS PARA LA SELECCIÓN DE EVENTOS CENTINELA DE MORTALIDAD PREMATURA POTENCIALMENTE EVITABLE ¹
				(REDUCCIÓN DE LA INCIDENCIA)	(REDUCCIÓN DE LA LETALIDAD)	FUNDAMENTO DE LA INCLUSIÓN
I. Enfermedades infecciosas						
6	Infección por el VIH/sida	100	B20-B24	x		Esta enfermedad es prevenible y no requerirá tratamiento si se la previene.
1	Enfermedades diarreicas	110	A00, A01, A03, A04, A06-A09	x		La mayoría de estas infecciones se pueden prevenir con medidas de prevención (por ejemplo, mejorar la seguridad del agua y los alimentos).
5	Hepatitis	185	B15-B19 (menos B17.8)	x		Esta enfermedad es prevenible y no requerirá tratamiento si se la previene.
2	Tuberculosis	30	A15-A19, B90		x	La reducción de las muertes por tuberculosis en varios países se ha logrado de manera casi uniforme mediante una mayor prevención (reducción de la incidencia), una detección más temprana y un tratamiento más eficaz (tasas de supervivencia más altas). J65: Neumoconiosis asociada con tuberculosis.

Causas de muerte incluidas como mortalidad prematura potencialmente evitable (continuada)

GRUPO DE CAUSAS (n = 12)	CAUSAS DE MUERTE (n = 50)	CÓDIGO EMS	CÓDIGOS CIE-10	PREVENIBLE	TRATABLE	CRITERIOS METODOLÓGICOS PARA LA SELECCIÓN DE EVENTOS CENTINELA DE MORTALIDAD PREMATURA POTENCIALMENTE EVITABLE ¹
				(REDUCCIÓN DE LA INCIDENCIA)	(REDUCCIÓN DE LA LETALIDAD)	FUNDAMENTO DE LA INCLUSIÓN
4	Enfermedades de transmisión sexual, excluida la infección por el VIH	40	A50-A60, A61, A62, A63, A64, N70-N73	x		Estas infecciones se pueden prevenir con medidas de prevención.
7	Grupo de enfermedades infantiles	120	A33, A34, A35, A36, A37, B05	x		La mayoría de estas infecciones se pueden prevenir mediante la vacunación. A80: Poliomielitis aguda.
3	Malaria	220	B50-B54, P37.3, P37.4		x	Esta enfermedad es prevenible y no requerirá tratamiento si se la previene.
II. Neoplasias						
13	Cáncer de pulmón	680	C33, C34	x		Esta enfermedad se puede prevenir en gran medida con medidas de prevención (por ejemplo, reducir el consumo de tabaco).
11	Cáncer colorrectal	650	C18-C21		x	Con la detección y el tratamiento más tempranos se han reducido las tasas de letalidad. La supervivencia a cinco años después de la detección es relativamente alta y sigue en aumento.
16	Tumor maligno de mama	700	C50		x (mujeres solamente)	Con la detección y el tratamiento más tempranos se han reducido las tasas de letalidad. La supervivencia a cinco años después de la detección es relativamente alta y sigue en aumento.
12	Cáncer de hígado	660	C22	x		Esta enfermedad se puede prevenir en gran medida con medidas de prevención (por ejemplo, reducir el consumo de tabaco y el consumo de alcohol).

**Causas de muerte incluidas como mortalidad prematura potencialmente evitable
(continuada)**

GRUPO DE CAUSAS (n = 12)	CAUSAS DE MUERTE (n = 50)	CÓDIGO EMS	CÓDIGOS CIE-10	PREVENIBLE	TRATABLE	CRITERIOS METODOLÓGICOS PARA LA SELECCIÓN DE EVENTOS CENTINELA DE MORTALIDAD PREMATURA POTENCIALMENTE EVITABLE ¹
				(REDUCCIÓN DE LA INCIDENCIA)	(REDUCCIÓN DE LA LETALIDAD)	FUNDAMENTO DE LA INCLUSIÓN
10	Cáncer de estómago	640	C16	x		Esta enfermedad se puede prevenir en gran medida con medidas de prevención (por ejemplo, reducir el consumo de tabaco y alcohol y mejorar la nutrición).
9	Cáncer de esófago	630	C15	x		Esta enfermedad se puede prevenir en gran medida con medidas de prevención (por ejemplo, reducir el consumo de tabaco).
17	Cáncer cervicouterino	710	C53		x	El cáncer cervicouterino se puede prevenir con la vacunación. Con exámenes de detección también se pueden encontrar anomalías precancerosas que pueden tratarse para prevenir el cáncer, pero la supervivencia a cinco años después de la detección del cáncer también es relativamente alta y sigue en aumento.
8	Cáncer de labio, cavidad bucal y faringe	620		x		Esta enfermedad se puede prevenir en gran medida con medidas de prevención (por ejemplo, reducir el consumo de tabaco).
18	Cáncer de útero	720	C54, C55		x	Con la detección y el tratamiento más tempranos se han reducido las tasas de letalidad. La supervivencia a cinco años después de la detección es relativamente alta y sigue en aumento.
20	Cáncer de vejiga	750	C67		x	Esta enfermedad se puede prevenir en gran medida con medidas de prevención (por ejemplo, reducir el consumo de tabaco).

Causas de muerte incluidas como mortalidad prematura potencialmente evitable (continuada)

GRUPO DE CAUSAS (n = 12)	CAUSAS DE MUERTE (n = 50)	CÓDIGO EMS	CÓDIGOS CIE-10	PREVENIBLE	TRATABLE	CRITERIOS METODOLÓGICOS PARA LA SELECCIÓN DE EVENTOS CENTINELA DE MORTALIDAD PREMATURA POTENCIALMENTE EVITABLE ¹
				(REDUCCIÓN DE LA INCIDENCIA)	(REDUCCIÓN DE LA LETALIDAD)	FUNDAMENTO DE LA INCLUSIÓN
14	Cáncer de piel melanocítico	691	C43	x		Esta enfermedad se puede prevenir en gran medida con medidas de prevención (por ejemplo, reducir la exposición al sol).
15	Cáncer de piel no melanocítico	692	C44	x		Falta de evidencia sobre la posibilidad de prevenirla y número insuficiente de muertes.
21	Cáncer de tiroides	754	C73		x	Con la detección temprana y el tratamiento apropiado se han reducido las tasas de letalidad.
22	Enfermedad de Hodgkin	761	C81		x	Con la detección temprana y el tratamiento apropiado se han reducido las tasas de letalidad.
19	Cáncer de testículo	742	C62		x	Con la detección y el tratamiento más tempranos se han reducido las tasas de letalidad. La supervivencia a cinco años después de la detección es relativamente alta y sigue en aumento.
III. Enfermedades del aparato circulatorio						
26	Cardiopatía isquémica	1130	I20-I25	x (50%)	x (50%)	La reducción de las muertes por cardiopatía isquémica en varios países se ha logrado de manera casi uniforme mediante una mayor prevención (reducción de la incidencia) y una detección más temprana y un tratamiento más eficaz (tasas de supervivencia más altas).
25	Accidente cerebrovascular	1140	I60-I69	x (50%)	x (50%)	La reducción de las muertes por accidente cerebrovascular en varios países se ha logrado de manera casi uniforme mediante una mayor prevención (reducción de la incidencia) y una detección más temprana y un tratamiento más eficaz (tasas de supervivencia más altas).

Causas de muerte incluidas como mortalidad prematura potencialmente evitable (continuada)

GRUPO DE CAUSAS (n = 12)	CAUSAS DE MUERTE (n = 50)	CÓDIGO EMS	CÓDIGOS CIE-10	PREVENIBLE	TRATABLE	CRITERIOS METODOLÓGICOS PARA LA SELECCIÓN DE EVENTOS CENTINELA DE MORTALIDAD PREMATURA POTENCIALMENTE EVITABLE ¹
				(REDUCCIÓN DE LA INCIDENCIA)	(REDUCCIÓN DE LA LETALIDAD)	FUNDAMENTO DE LA INCLUSIÓN
24	Hipertensión	1120	I10, I11-I13, I15		x	Esta enfermedad es prevenible con medidas de prevención (por ejemplo, reducir el consumo de tabaco, mejorar la nutrición y la actividad física) y es tratable.
23	Cardiopatía reumática	1110	I01, I02, I05-I09	x		Con el tratamiento apropiado se pueden reducir las tasas de letalidad.
IV. Enfermedades del aparato respiratorio						
27	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	1180	J40-J44	x		Esta enfermedad se puede prevenir en gran medida con medidas de prevención (por ejemplo, reducir el consumo de tabaco).
28	Infecciones de las vías respiratorias superiores	400	J00-J06		x	Con el tratamiento apropiado se pueden reducir las tasas de letalidad. J30-J39: Otras enfermedades de las vías respiratorias superiores.
V. Enfermedades del aparato digestivo						
32	Pancreatitis	1248	K85-K86		x	Con la detección temprana y el tratamiento apropiado se pueden reducir las tasas de letalidad. K85.2: Pancreatitis aguda inducida por el alcohol.
31	Enfermedades biliares y de la vesícula biliar	1246	K80-K83		x	Con la detección temprana y el tratamiento apropiado se pueden reducir las tasas de letalidad.
29	Úlcera péptica	1220	K25-K27		x	Con la detección temprana y el tratamiento apropiado se pueden reducir las tasas de letalidad. K28: Úlcera gástrica y duodenal.
30	Apendicitis	1240	K35-K37		x	Con la detección temprana y el tratamiento apropiado se pueden reducir las tasas de letalidad. K38: Otras enfermedades del apéndice (hiperplasia, divertículo y otras).

Causas de muerte incluidas como mortalidad prematura potencialmente evitable (continuada)

GRUPO DE CAUSAS (n = 12)	CAUSAS DE MUERTE (n = 50)	CÓDIGO EMS	CÓDIGOS CIE-10	PREVENIBLE	TRATABLE	CRITERIOS METODOLÓGICOS PARA LA SELECCIÓN DE EVENTOS CENTINELA DE MORTALIDAD PREMATURA POTENCIALMENTE EVITABLE ¹
				(REDUCCIÓN DE LA INCIDENCIA)	(REDUCCIÓN DE LA LETALIDAD)	FUNDAMENTO DE LA INCLUSIÓN
VI. Enfermedades del aparato genitourinario						
33	Otras enfermedades renales crónicas	1273	N02-N07, N08-N12, N13, N14-N16, N17-N19		x	Con la detección temprana y el tratamiento apropiado se pueden reducir las tasas de letalidad. N00: Síndrome nefrítico agudo; N01: Síndrome nefrítico rápidamente progresivo; N20: Cálculo del riñón y del uréter; N21: Cálculo de las vías urinarias inferiores; N35: Estrechez uretral.
34	Litiasis urinaria	1290	N20-N21, N22, N23		x	Con la detección temprana y el tratamiento apropiado se pueden reducir las tasas de letalidad. N13: Uropatía obstructiva y por reflujo.
35	Hiperplasia benigna de la próstata	1280	N40		x	Con la detección temprana y el tratamiento apropiado se pueden reducir las tasas de letalidad.
VII. Causas infantiles y maternas						
36	Afecciones neonatales	490	P00-P96 (menos P23, P37.3, P37.4)		x	Con la detección temprana y el tratamiento apropiado se pueden reducir las tasas de letalidad.
37	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	1400	Q00, Q01, Q02, Q03, Q04, Q05, Q06-Q19, Q20-Q28, Q29-Q99		x	Estas afecciones se pueden prevenir con medidas de prevención (mejorar la nutrición materna; por ejemplo, el consumo de ácido fólico). Pueden tratarse con intervenciones quirúrgicas. Q00: Anencefalia y malformaciones congénitas similares; Q01: Encefalocele; Q05: Espina bífida; Q20-Q28: Malformaciones congénitas del sistema circulatorio.

Causas de muerte incluidas como mortalidad prematura potencialmente evitable (continuada)

GRUPO DE CAUSAS (n = 12)	CAUSAS DE MUERTE (n = 50)	CÓDIGO EMS	CÓDIGOS CIE-10	PREVENIBLE	TRATABLE	CRITERIOS METODOLÓGICOS PARA LA SELECCIÓN DE EVENTOS CENTINELA DE MORTALIDAD PREMATURA POTENCIALMENTE EVITABLE ¹
				(REDUCCIÓN DE LA INCIDENCIA)	(REDUCCIÓN DE LA LETALIDAD)	FUNDAMENTO DE LA INCLUSIÓN
38	Embarazo, parto y puerperio	420	O00-O99		x	En la mayoría de los casos se dispone de un tratamiento eficaz para evitar la mortalidad materna.
VIII. Traumatismos no intencionales						
39	Traumatismos causados por el tránsito	1530	V01-V04, V06, V09-V80, V87, V89, V99	x		Se pueden prevenir las muertes con intervenciones de salud pública (por ejemplo, medidas de seguridad vial). V05: Peatón lesionado por colisión con tren o vehículo de rieles; V81-V86: Ocupante de tren o vehículo de rieles, tranvía, vehículo para uso principalmente en plantas industriales, en agricultura, para construcción o para todo terreno lesionado en accidente de transporte; V88: Accidente no de tránsito de tipo especificado, pero donde se desconoce el modo de transporte de la víctima; V90-V94: Accidente de embarcación; V95-V97: Accidente de aeronave y de transporte aéreo; V98: Otros accidentes de transporte especificados.
40	Caidas	1550	W00-W19	x		Las muertes pueden prevenirse mediante intervenciones de salud pública (por ejemplo, campañas de prevención de traumatismos).
41	Ahogamiento	1570	W65-W74	x		Las muertes pueden prevenirse mediante intervenciones de salud pública (por ejemplo, campañas de prevención de traumatismos).

Causas de muerte incluidas como mortalidad prematura potencialmente evitable (continuada)

GRUPO DE CAUSAS (n = 12)	CAUSAS DE MUERTE (n = 50)	CÓDIGO EMS	CÓDIGOS CIE-10	PREVENIBLE	TRATABLE	CRITERIOS METODOLÓGICOS PARA LA SELECCIÓN DE EVENTOS CENTINELA DE MORTALIDAD PREMATURA POTENCIALMENTE EVITABLE ¹
				(REDUCCIÓN DE LA INCIDENCIA)	(REDUCCIÓN DE LA LETALIDAD)	FUNDAMENTO DE LA INCLUSIÓN
42	Envenenamiento	1540	X40, X43, X46-X48, X49	x		Estas afecciones son tratables con la prescripción de mejores medicamentos y una mejor adhesión al tratamiento. X41: Envenenamiento accidental por, y exposición a, drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianas y psicotrópicas, no clasificadas en otra parte; X42: Envenenamiento accidental por, y exposición a, narcóticos y psicodislépticos [alucinógenos], no clasificados en otra parte; X44: Envenenamiento accidental por, y exposición a, otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas, y los no especificados; X45: Envenenamiento accidental por, y exposición a, alcohol.
IX. Traumatismos intencionales						
44	Agresión	1620	X85-X99, Y00-Y09, Y87.1	x		Las muertes por las causas indicadas con el código X85.0 pueden prevenirse en gran medida con intervenciones de salud pública (por ejemplo, políticas de control de drogas). Las muertes por las causas indicadas con los códigos X86.0 a Y09.0 pueden prevenirse mediante intervenciones de salud pública. Y87.1: Secuelas de agresiones.
43	Suicidio y lesiones autoinfligidas	1610	X60-X84, Y87.0	x		Las muertes pueden prevenirse en gran medida con intervenciones de salud pública (por ejemplo, políticas de control de drogas). Y87.0: Secuelas de autolesiones intencionales.

**Causas de muerte incluidas como mortalidad prematura potencialmente evitable
(continuada)**

GRUPO DE CAUSAS (n = 12)	CAUSAS DE MUERTE (n = 50)	CÓDIGO EMS	CÓDIGOS CIE-10	PREVENIBLE	TRATABLE	CRITERIOS METODOLÓGICOS PARA LA SELECCIÓN DE EVENTOS CENTINELA DE MORTALIDAD PREMATURA POTENCIALMENTE EVITABLE ¹
				(REDUCCIÓN DE LA INCIDENCIA)	(REDUCCIÓN DE LA LETALIDAD)	FUNDAMENTO DE LA INCLUSIÓN
X. Trastornos por consumo de alcohol y drogas						
46	Trastornos por consumo de drogas	870	F11-F16, F18-F19, X41-X42, X44	x		Las muertes pueden prevenirse en gran medida con intervenciones de salud pública (por ejemplo, políticas de control de drogas). F11-F16: Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol, opiáceos, cannabinoides, sedantes o hipnóticos, cocaína, otros estimulantes, incluida la cafeína, y alucinógenos; F18-F19: Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de disolventes volátiles, al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas; X41-X42: Envenenamiento accidental por, y exposición a, drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianas y psicotrópicas, no clasificadas en otra parte / Envenenamiento accidental por, y exposición a, narcóticos y psicodislépticos [alucinógenos], no clasificados en otra parte; X44: Envenenamiento accidental por, y exposición a, otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas, y los no especificados.

Causas de muerte incluidas como mortalidad prematura potencialmente evitable (continuada)

GRUPO DE CAUSAS (n = 12)	CAUSAS DE MUERTE (n = 50)	CÓDIGO EMS	CÓDIGOS CIE-10	PREVENIBLE	TRATABLE	CRITERIOS METODOLÓGICOS PARA LA SELECCIÓN DE EVENTOS CENTINELA DE MORTALIDAD PREMATURA POTENCIALMENTE EVITABLE ¹
				(REDUCCIÓN DE LA INCIDENCIA)	(REDUCCIÓN DE LA LETALIDAD)	FUNDAMENTO DE LA INCLUSIÓN
45	Trastornos por consumo de alcohol	860	F10, G72.1, Q86.0, X45	x		Las muertes pueden prevenirse en gran medida con intervenciones de salud pública (por ejemplo, políticas de control del alcohol). F10: Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol; G72.1: Miopatía alcohólica; Q86.0: Síndrome fetal (dismórfico) debido al alcohol; X45: Envenenamiento accidental por, y exposición a, alcohol. E24.4, F10, G31.2, G62.1, G72.1, I42.6, K29.2, K70, K85.2, K86.0, Q86.0, R78.0, X45, X65, Y15. F10, G31.2, K29.2, K70, I42.6, G62.1, K86.0.
XI. Trastornos nutricionales, endocrinos y metabólicos						
48	Diabetes mellitus	800	E10-E14	x (50%)	x (50%)	La diabetes de tipo 1 no se puede prevenir, pero con tratamientos adecuados se puede reducir la mortalidad. La diabetes de tipo 2 es en gran medida prevenible (por ejemplo, con una mejora de la nutrición), pero con tratamientos adecuados también se puede reducir la mortalidad.
48-b	Diabetes mellitus: complemento	1272		x (50%)	x (50%)	
49	Anemias por deficiencia de hierro	580	D50, D64.9	x		D50-D53: Anemias nutricionales [esta afección se puede prevenir en gran medida con medidas de prevención (por ejemplo, mejorar la nutrición)]. D64.9: Anemia de tipo no especificado.

Causas de muerte incluidas como mortalidad prematura potencialmente evitable (continuada)

GRUPO DE CAUSAS (n = 12)	CAUSAS DE MUERTE (n = 50)	CÓDIGO EMS	CÓDIGOS CIE-10	PREVENIBLE	TRATABLE	CRITERIOS METODOLÓGICOS PARA LA SELECCIÓN DE EVENTOS CENTINELA DE MORTALIDAD PREMATURA POTENCIALMENTE EVITABLE ¹
				(REDUCCIÓN DE LA INCIDENCIA)	(REDUCCIÓN DE LA LETALIDAD)	FUNDAMENTO DE LA INCLUSIÓN
47	Deficiencia de yodo	560	E00-E02		x	Trastornos de la glándula tiroidea: con la detección temprana y el tratamiento adecuado se pueden reducir las tasas de letalidad. E00: Síndrome congénito de deficiencia de yodo; E01: Trastornos tiroideos vinculados a deficiencia de yodo y afecciones relacionadas; E02: Hipotiroidismo subclínico por deficiencia de yodo; E03: Otro hipotiroidismo; E04: Otro bocio no tóxico; E05: Tirotoxicosis [hipertiroidismo]; E06: Tiroiditis; E07: Otros trastornos tiroideos.
XII. Trastornos neurológicos						
50	Epilepsia	970	G40, G41		x	Con la detección temprana y el tratamiento apropiado se pueden reducir las tasas de letalidad. G40: Epilepsia / G41: Estado de mal epiléptico.

¹ Basado en las listas de causas de muerte prevenibles y tratables del Grupo de Trabajo Conjunto OCDE-EUROSTAT sobre mortalidad evitable (versión de noviembre del 2019), la CIE-10 versión 2019 de la OMS y la mortalidad proporcional de los eventos en la base de datos de mortalidad corregida de la OPS 2014-2016 (personas menores de 75 años) actualizada en el 2018.

Nota: CIE: clasificación internacional de enfermedades; EMS: estimaciones mundiales de salud; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

Fuente: OPS.

Anexo 2.

Tasas promedio de mortalidad prematura potencialmente evitable y su desigualdad absoluta y relativa en el gradiente de desarrollo sostenible entre los países, por sexo, grupo etario, tipo de causa prevenible y año

Tasas promedio de mortalidad prematura potencialmente evitable y su desigualdad absoluta y relativa en el gradiente de desarrollo sostenible entre los países (n = 33), por tipo, sexo, edad y año, Región de las Américas, 2000, 2009 y 2019

TIPO Y SEXO	GRUPO ETARIO	AÑO	PROMEDIO REGIONAL			IDP			ICDS		
			TASA	LI	LS	ÍNDICE	LI	LS	ÍNDICE	LI	LS
Potencialmente evitable, ambos sexos	0-9	2000	201,3	200,6	202,0	-383,6	-331,1	-434,5	-29,7	-31,8	-27,7
		2009	141,9	141,3	142,5	-243,6	-216,4	-268,1	-28,1	-30,2	-26,1
		2019	110,7	110,2	111,3	-164,4	-147,6	-177,0	-26,5	-28,5	-24,5
	10-19	2000	43,3	43,0	43,7	-39,3	-38,6	-36,0	-15,7	-17,6	-13,8
		2009	40,8	40,5	41,1	-46,3	-42,8	-46,0	-18,5	-20,4	-16,5
		2019	38,6	38,3	38,9	-44,0	-40,4	-43,8	-18,2	-20,1	-16,2
	20-29	2000	122,9	122,4	123,3	-138,6	-130,7	-138,7	-20,1	-22,1	-18,1
		2009	117,8	117,4	118,2	-114,9	-110,4	-107,7	-16,9	-18,8	-14,9
		2019	111,4	111,1	111,8	-60,4	-68,6	-36,6	-9,5	-11,5	-7,6
	40-64	2000	430,4	429,5	431,3	-209,1	-238,2	-157,8	-8,5	-10,4	-6,5
		2009	379,8	379,0	380,6	-185,0	-212,1	-134,8	-8,3	-10,2	-6,3
		2019	356,1	355,4	356,8	-119,9	-162,3	-32,6	-5,9	-7,9	-4,0
65-74	2000	1717,0	1713,0	1721,1	-435,6	-596,3	-200,2	-4,5	-6,4	-2,6	
	2009	1426,1	1422,7	1429,5	-647,5	-743,3	-492,7	-7,9	-9,8	-6,0	
	2019	1281,8	1279,2	1284,5	-593,6	-695,2	-400,5	-8,2	-10,1	-6,3	
Potencialmente prevenible, ambos sexos	0-9	2000	41,9	41,6	42,3	-103,9	-81,0	-130,9	-46,7	-48,8	-44,5
		2009	23,2	23,0	23,5	-45,4	-35,4	-56,1	-45,2	-47,4	-43,1
		2019	15,5	15,3	15,7	-26,5	-21,2	-31,6	-45,0	-47,1	-42,9
	10-19	2000	37,3	37,0	37,6	-27,6	-28,1	-20,8	-13,2	-15,1	-11,3
		2009	35,4	35,1	35,7	-35,8	-33,4	-33,4	-16,8	-18,8	-14,9
		2019	33,9	33,6	34,2	-33,6	-31,2	-30,7	-16,3	-18,2	-14,4
	20-29	2000	99,8	99,4	100,1	-100,6	-95,0	-95,1	-18,7	-20,7	-16,7
		2009	96,9	96,6	97,3	-85,2	-82,7	-73,0	-15,7	-17,6	-13,7
		2019	91,8	91,5	92,2	-37,1	-47,8	-6,6	-7,3	-9,2	-5,4

Tasas promedio de mortalidad prematura potencialmente evitable y su desigualdad absoluta y relativa en el gradiente de desarrollo sostenible entre los países ($n = 33$), por tipo, sexo, edad y año, Región de las Américas, 2000, 2009 y 2019 (continuada)

TIPO Y SEXO	GRUPO ETARIO	AÑO	PROMEDIO REGIONAL				IDP			ICDS		
			TASA	LI	LS	ÍNDICE	LI	LS	ÍNDICE	LI	LS	
Potencialmente prevenible, ambos sexos	40-64	2000	262,3	261,6	263,1	-111,9	-133,1	-74,7	-7,6	-9,5	-5,6	
		2009	233,9	233,3	234,5	-88,4	-110,0	-50,5	-6,6	-8,5	-4,7	
		2019	219,6	219,1	220,2	-38,4	-74,8	34,8	-2,9	-4,8	-1,0	
	65-74	2000	1000,3	997,2	1003,5	-114,1	-235,0	62,3	-2,1	-4,0	-0,2	
		2009	834,7	832,1	837,3	-202,0	-284,2	-79,8	-4,4	-6,3	-2,5	
		2019	742,9	740,8	744,9	-179,7	-269,6	-27,9	-4,3	-6,2	-2,4	
Potencialmente tratable, ambos sexos	0-9	2000	159,4	158,8	160,0	-274,9	-241,3	-304,6	-25,7	-27,7	-23,7	
		2009	118,7	118,2	119,2	-192,7	-173,0	-209,4	-25,2	-27,2	-23,2	
		2019	95,3	94,8	95,8	-133,8	-120,7	-142,2	-23,6	-25,6	-21,6	
	10-19	2000	6,0	5,9	6,1	-10,3	-8,7	-11,7	-32,4	-34,2	-30,5	
		2009	5,4	5,3	5,5	-9,6	-8,0	-11,0	-29,9	-31,7	-28,1	
		2019	4,8	4,7	4,9	-9,7	-8,3	-11,2	-31,3	-33,0	-29,5	
	20-29	2000	23,1	22,9	23,3	-32,5	-29,5	-34,5	-26,2	-28,2	-24,2	
		2009	20,9	20,7	21,1	-25,7	-23,8	-26,4	-22,7	-24,7	-20,7	
		2019	19,6	19,5	19,8	-21,1	-20,3	-21,0	-20,0	-21,9	-18,1	
	40-64	2000	168,1	167,5	168,6	-94,3	-104,4	-73,8	-9,9	-11,8	-8,0	
		2009	145,9	145,4	146,4	-95,1	-101,7	-77,4	-10,9	-12,8	-9,0	
		2019	136,5	136,0	136,9	-81,0	-89,1	-58,6	-10,8	-12,7	-8,8	
	65-74	2000	716,7	714,1	719,4	-317,7	-365,7	-242,2	-7,7	-9,7	-5,8	
		2009	591,3	589,2	593,5	-444,6	-459,6	-405,1	-12,7	-14,7	-10,8	
		2019	539,0	537,2	540,7	-415,1	-427,1	-369,2	-13,5	-15,4	-11,5	
Potencialmente evitable, hombres	0-9	2000	222,0	221,0	223,0	-424,2	-366,7	-480,0	-29,5	-31,5	-27,4	
		2009	156,7	155,9	157,6	-273,1	-242,7	-301,0	-28,1	-30,2	-26,1	
		2019	121,9	121,1	122,7	-183,4	-164,4	-198,0	-26,5	-28,6	-24,5	
	10-19	2000	61,8	61,3	62,4	-53,9	-52,5	-46,5	-15,3	-17,3	-13,4	
		2009	58,9	58,4	59,4	-65,0	-58,7	-63,0	-17,8	-19,8	-15,9	
		2019	57,2	56,7	57,7	-66,7	-58,4	-66,2	-18,0	-19,9	-16,1	
	20-29	2000	180,4	179,6	181,1	-213,9	-198,0	-216,8	-20,5	-22,5	-18,6	
		2009	176,0	175,3	176,7	-178,0	-167,0	-166,3	-17,2	-19,1	-15,2	
		2019	165,2	164,6	165,9	-98,9	-108,7	-60,8	-10,6	-12,5	-8,7	
	40-64	2000	541,5	540,0	542,9	-248,3	-288,5	-177,6	-7,7	-9,7	-5,8	
		2009	479,3	478,1	480,6	-233,2	-267,3	-170,5	-8,1	-10,0	-6,1	
		2019	447,8	446,7	448,9	-151,1	-205,0	-38,6	-5,8	-7,8	-3,9	
	65-74	2000	2124,1	2117,4	2130,9	-343,7	-594,5	33,7	-2,8	-4,7	-1,0	
		2009	1738,4	1732,9	1744,0	-733,7	-863,2	-523,1	-7,2	-9,1	-5,2	
		2019	1586,2	1581,9	1590,5	-695,2	-832,4	-431,6	-7,4	-9,3	-5,5	

Tasas promedio de mortalidad prematura potencialmente evitable y su desigualdad absoluta y relativa en el gradiente de desarrollo sostenible entre los países ($n = 33$), por tipo, sexo, edad y año, Región de las Américas, 2000, 2009 y 2019 (continuada)

TIPO Y SEXO	GRUPO ETARIO	AÑO	PROMEDIO REGIONAL				IDP			ICDS		
			TASA	LI	LS	ÍNDICE	LI	LS	ÍNDICE	LI	LS	
Potencialmente evitable, mujeres	0-9	2000	179,8	178,8	180,7	-341,1	-293,7	-387,1	-30,1	-32,1	-28,1	
		2009	126,4	125,6	127,2	-212,9	-189,1	-234,0	-28,1	-30,2	-26,1	
		2019	99,1	98,4	99,8	-144,5	-129,9	-155,1	-26,4	-28,5	-24,4	
	10-19	2000	24,3	24,0	24,7	-21,1	-20,9	-19,2	-17,4	-19,3	-15,4	
		2009	22,0	21,6	22,3	-23,7	-22,5	-23,5	-20,9	-22,9	-19,0	
		2019	19,4	19,1	19,7	-17,0	-16,9	-15,8	-19,1	-21,1	-17,2	
	20-29	2000	65,9	65,4	66,3	-57,7	-56,3	-51,9	-20,1	-22,2	-18,0	
		2009	60,2	59,8	60,6	-46,6	-47,2	-39,2	-16,9	-19,0	-14,9	
		2019	57,3	56,9	57,7	-17,9	-25,6	0,1	-7,0	-9,0	-5,1	
	40-64	2000	326,2	325,1	327,3	-172,8	-194,0	-131,0	-9,9	-11,9	-8,0	
		2009	286,5	285,6	287,4	-142,8	-164,1	-98,8	-9,1	-11,0	-7,1	
		2019	270,1	269,3	270,9	-94,4	-126,4	-25,5	-6,7	-8,7	-4,8	
	65-74	2000	1379,3	1374,3	1384,2	-493,0	-612,4	-301,4	-6,5	-8,4	-4,6	
		2009	1157,8	1153,6	1162,0	-576,1	-654,1	-434,6	-9,0	-11,0	-7,1	
		2019	1019,2	1016,0	1022,5	-518,9	-592,5	-368,0	-9,6	-11,6	-7,7	

Nota: ICDS: índice de concentración de la desigualdad en la salud; IDP: índice de desigualdad basado en la pendiente; LI: límite inferior LS: límite superior (del intervalo de confianza del 95%).

Fuente: OPS.

Anexo 3.

Tasas promedio de mortalidad prematura potencialmente evitable, prevenible y tratable, y sus desigualdades absolutas y relativas en el gradiente de desarrollo sostenible entre los países, por sexo y año

Tasas promedio de mortalidad prematura potencialmente evitable, prevenible y tratable, y sus desigualdades absolutas y relativas en el gradiente de desarrollo sostenible entre los países (n = 33), por edad, sexo, tipo y año, Región de las Américas, 2000, 2009 y 2019

GRUPO ETARIO Y SEXO	TIPO	AÑO	PROMEDIO REGIONAL			IDP			ICDS		
			TASA	LI	LS	ÍNDICE	LI	LS	ÍNDICE	LI	LS
Menores de 75 años, ambos sexos	Potencialmente evitable	2000	293,5	293,1	293,9	-193,6	-205,1	-169,0	-11,8	-13,7	-9,8
		2009	253,2	252,9	253,6	-173,1	-182,4	-151,1	-12,1	-14,0	-10,1
		2019	231,2	230,9	231,5	-127,6	-142,8	-92,4	-10,3	-12,3	-8,4
	Potencialmente prevenible	2000	171,5	171,2	171,8	-92,4	-103,5	-69,3	-9,8	-11,8	-7,9
		2009	150,6	150,4	150,9	-79,5	-89,6	-58,7	-9,6	-11,5	-7,7
		2019	138,6	138,3	138,8	-49,4	-65,2	-16,4	-6,7	-8,6	-4,7
	Potencialmente tratable	2000	122,0	121,8	122,3	-99,4	-101,1	-92,1	-14,4	-16,4	-12,5
		2009	102,6	102,4	102,8	-93,3	-92,9	-88,6	-15,6	-17,6	-13,7
		2019	92,6	92,4	92,8	-78,7	-79,1	-72,1	-15,7	-17,7	-13,7
Menores de 75 años, hombres	Potencialmente evitable	2000	369,4	368,8	370,0	-229,3	-246,5	-194,0	-10,8	-12,7	-8,8
		2009	321,2	320,6	321,7	-215,8	-228,4	-185,8	-11,5	-13,5	-9,6
		2019	294,9	294,4	295,4	-160,9	-181,1	-113,6	-9,8	-11,7	-7,8
	Potencialmente prevenible	2000	240,4	239,9	240,9	-135,5	-150,2	-103,1	-10,0	-11,9	-8,0
		2009	212,4	211,9	212,8	-124,0	-136,4	-95,5	-10,4	-12,3	-8,4
		2019	195,8	195,4	196,2	-83,3	-102,6	-40,4	-7,7	-9,6	-5,8
	Potencialmente tratable	2000	129,0	128,7	129,4	-88,8	-93,5	-76,7	-12,3	-14,2	-10,3
		2009	108,8	108,5	109,1	-89,2	-90,5	-81,7	-13,8	-15,7	-11,8
		2019	99,1	98,8	99,4	-76,1	-78,1	-65,9	-13,8	-15,8	-11,8
Menores de 75 años, mujeres	Potencialmente evitable	2000	223,3	222,8	223,7	-155,2	-162,9	-134,3	-13,2	-15,2	-11,3
		2009	189,8	189,3	190,2	-130,5	-137,4	-111,0	-13,1	-15,1	-11,1
		2019	171,4	171,0	171,7	-95,0	-106,4	-66,6	-11,6	-13,6	-9,7
	Potencialmente prevenible	2000	107,5	107,2	107,9	-48,9	-58,5	-27,6	-9,6	-11,6	-7,7
		2009	92,8	92,5	93,1	-36,9	-46,4	-16,9	-8,3	-10,2	-6,3
		2019	84,6	84,4	84,9	-17,7	-31,5	12,6	-4,9	-6,8	-2,9
	Potencialmente tratable	2000	115,7	115,4	116,1	-107,5	-106,8	-103,2	-16,5	-18,5	-14,5
		2009	96,9	96,7	97,2	-96,0	-94,0	-93,3	-17,6	-19,5	-15,6
		2019	86,8	86,5	87,0	-80,6	-79,6	-76,5	-17,8	-19,8	-15,8

Nota: ICDS: índice de concentración de la desigualdad en la salud; IDP: índice de desigualdad basado en la pendiente; LI: límite inferior; LS: límite superior (del intervalo de confianza del 95%).

Fuente: OPS.

Anexo 4.

Tasas promedio de mortalidad prematura potencialmente evitable, prevenible y tratable, y sus desigualdades absolutas y relativas en el gradiente de desarrollo sostenible entre los países, por sexo, año y grupo de población económicamente activa y económicamente inactiva

Tasas promedio de mortalidad prematura potencialmente evitable, prevenible y tratable, y sus desigualdades absolutas y relativas en el gradiente de desarrollo sostenible entre los países ($n = 33$), por grupo de población económicamente activa y económicamente inactiva, edad, sexo, tipo y año, Región de las Américas, 2000, 2009 y 2019

GRUPO DE POBLACIÓN	TIPO Y SEXO	AÑO	PROMEDIO REGIONAL			IDP			ICDS		
			TASA	LI	LS	ÍNDICE	LI	LS	ÍNDICE	LI	LS
Menores de 75 años, económicamente inactivos (de 0 a 14 y de 65 a 74 años)	Potencialmente evitable, ambos sexos	2000	405,6	404,9	406,4	-263,1	-279,7	-228,0	-11,9	-13,8	-9,9
		2009	330,2	329,5	330,8	-240,4	-249,8	-214,3	-13,2	-15,1	-11,2
		2019	288,8	288,2	289,4	-207,0	-216,0	-177,9	-13,9	-15,9	-11,9
	Potencialmente prevenible, ambos sexos	2000	193,3	192,8	193,8	-74,5	-92,1	-43,2	-7,6	-9,5	-5,7
		2009	157,9	157,5	158,4	-65,8	-79,2	-41,9	-8,2	-10,1	-6,2
		2019	138,7	138,3	139,1	-58,8	-71,7	-32,6	-8,8	-10,8	-6,9
	Potencialmente tratable, ambos sexos	2000	212,3	211,8	212,9	-192,3	-192,0	-183,6	-15,7	-17,7	-13,7
		2009	172,2	171,7	172,7	-178,8	-173,9	-175,9	-17,6	-19,6	-15,6
		2019	150,1	149,7	150,6	-151,6	-147,3	-147,3	-18,3	-20,3	-16,3
	Potencialmente evitable, hombres	2000	481,7	480,5	482,8	-255,2	-284,7	-200,1	-9,7	-11,6	-7,7
		2009	390,8	389,8	391,9	-257,5	-273,5	-221,1	-11,6	-13,6	-9,7
		2019	347,4	346,4	348,3	-226,9	-242,4	-185,4	-12,2	-14,2	-10,3
	Potencialmente evitable, mujeres	2000	247,2	246,4	248,0	-67,5	-95,8	-19,0	-5,3	-7,3	-3,4
		2009	201,1	200,4	201,9	-75,1	-93,5	-43,0	-7,1	-9,0	-5,1
		2019	179,5	178,8	180,2	-69,0	-87,1	-33,2	-7,5	-9,4	-5,6

Tasas promedio de mortalidad prematura potencialmente evitable, prevenible y tratable, y sus desigualdades absolutas y relativas en el gradiente de desarrollo sostenible entre los países ($n = 33$), por grupo de población económicamente activa y económicamente inactiva, edad, sexo, tipo y año, Región de las Américas, 2000, 2009 y 2019 (continuada)

GRUPO DE POBLACIÓN	TIPO Y SEXO	AÑO	PROMEDIO REGIONAL			IDP			ICDS		
			TASA	LI	LS	ÍNDICE	LI	LS	ÍNDICE	LI	LS
Menores de 75 años, económicamente activos (de 15 a 64 años)	Potencialmente evitable, ambos sexos	2000	241,3	240,9	241,8	-157,0	-167,2	-133,8	-11,5	-13,4	-9,5
		2009	217,9	217,5	218,3	-140,2	-150,1	-116,6	-11,2	-13,2	-9,3
		2019	204,7	204,4	205,1	-92,7	-111,4	-50,9	-8,2	-10,1	-6,2
	Potencialmente prevenible, ambos sexos	2000	160,6	160,3	160,9	-98,9	-107,3	-77,8	-11,2	-13,1	-9,2
		2009	147,1	146,8	147,4	-85,2	-94,1	-63,4	-10,4	-12,4	-8,5
		2019	138,9	138,6	139,2	-45,2	-63,1	-5,1	-5,8	-7,7	-3,9
	Potencialmente tratable, ambos sexos	2000	80,7	80,5	81,0	-53,9	-57,2	-45,3	-12,1	-14,1	-10,2
		2009	70,8	70,6	71,1	-52,6	-54,4	-45,2	-12,9	-14,8	-10,9
		2019	65,9	65,7	66,1	-45,9	-48,2	-37,4	-13,0	-15,0	-11,1
	Potencialmente evitable, hombres	2000	316,5	315,8	317,1	-210,1	-223,3	-177,3	-11,5	-13,4	-9,5
		2009	288,9	288,3	289,5	-192,8	-204,9	-159,9	-11,4	-13,4	-9,5
		2019	271,2	270,6	271,7	-130,9	-154,3	-74,7	-8,5	-10,4	-6,6
	Potencialmente evitable, mujeres	2000	236,4	235,9	237,0	-166,1	-174,3	-138,8	-12,4	-14,4	-10,5
		2009	217,7	217,1	218,2	-146,8	-155,7	-117,6	-12,0	-13,9	-10,0
		2019	204,4	204,0	204,9	-90,8	-111,1	-40,1	-8,0	-9,9	-6,1

Nota: ICDS: índice de concentración de la desigualdad en la salud; IDP: índice de desigualdad basado en la pendiente; LI: límite inferior LS: límite superior (del intervalo de confianza del 95%).

Fuente: OPS.

En los últimos decenios, el estado general de salud de las personas ha mejorado considerablemente, lo que ha llevado a un aumento de la esperanza de vida al nacer en la mayor parte de los países de la Región de las Américas. Este progreso ha sido el resultado tanto de los avances en las tecnologías sanitarias (antibióticos, vacunas y otros tipos de tratamiento) como de las mejoras en las condiciones en que viven las personas, incluido un mayor acceso al agua potable y el saneamiento mejorados, y a servicios de salud. Sin embargo, el progreso ha aminorado en los últimos años, y los logros han variado entre los países y los territorios, así como dentro de ellos.

En el camino hacia la salud universal, es esencial tener la capacidad para evaluar el progreso y darle seguimiento de acuerdo con el objetivo fundamental de los sistemas de salud, que es mejorar la salud y el bienestar de la población. Con ese fin, en esta edición de *Salud en las Américas* se analiza la tasa estandarizada de mortalidad prematura potencialmente evitable como indicador del desempeño de los sistemas de salud, teniendo en cuenta tanto el componente prevenible por medio de intervenciones intersectoriales y de salud pública como el componente tratable, relacionado con la efectividad de los servicios de salud, es decir, la calidad de la atención de salud.

El análisis de la mortalidad prematura potencialmente evitable proporciona un parámetro de medición para comparar el desempeño y darle seguimiento a lo largo del tiempo. Esta herramienta analítica desempeña un papel crucial en la rendición de cuentas de los sistemas de salud en la Región de las Américas. Además, este análisis destaca la importancia de invertir no solo en los servicios de salud, sino también en los determinantes sociales y ambientales más amplios de la salud. Este enfoque es fundamental para que haya equidad en los resultados en materia de salud en todos los países. Al reconocer la importancia de estos determinantes, los países pueden elaborar estrategias integrales que abarquen no solo la atención de la salud, sino también las políticas sociales orientadas a reducir las desigualdades y mejorar la salud general de la población.

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
ORGANIZACIÓN REGIONAL PARA LAS
Américas

www.paho.org

