

LAS POLÍTICAS DE SALUD INTERNACIONALES

José María Paganini*
-Contribución especial-

La definición de políticas de salud en el ámbito internacional es una importante fuente de orientación y de reflexión para analizar el desarrollo de las políticas nacionales en salud colectiva.

Estas políticas, si bien de distintos orígenes, tienen una característica común que es su aceptación generalizada en un determinado momento histórico del desarrollo de la teoría y práctica de la Salud Pública.

Un primer origen de las políticas internacionales surge a partir de opiniones de expertos, de resultados de investigaciones epidemiológicas o de sistemas y servicios de salud. Los mismos, cuando son aceptados e incorporados en los contenidos y definiciones de política adquieren las características internacionales en la mayoría de los países.

Un ejemplo del origen de conocimientos sobre la salud colectiva y las relaciones del desarrollo económico social con equidad se encuentra ya en la concepción histórica de la medicina social y en los conocimientos aportados a través de investigaciones de epidemiología social y de las ciencias sociales aplicadas a la salud como la sociología y la antropología social (Sonis, 1968; San Martín, 1970; White, 1992).

Los mismos han contribuido a definir a través de la historia **consensos de opinión** y discursos de políticas de salud orientados hacia el **desarrollo económico social** con equidad.

Ya **Hipócrates** en su enfoque holístico del concepto de salud-enfermedad destacaba la importancia de la influencia del ambiente en la salud colectiva y su relación con la situación social.

Esta concepción holística de la salud y sus relaciones con el medio social y económico ha sido enriquecida y confirmada en los clásicos estudios epidemiológicos realizados en el siglo XIX, los que presentan nuevas evidencias sobre las relaciones de la situación social de la población con su nivel de salud.

Entre otros cabe mencionar los estudios realizados por **John Snow** y **William Farr**, en Londres, sobre las epidemias de cólera y su relación con poblaciones con altos grados de pobreza y carencia de saneamiento básico y de provisión de agua segura; así como los de **Louis Villermé**, en París, quien relacionó las tasas de mortalidad de la población con su situación económica (1826); y los estudios de **Rudolph Virchow**, en Alemania, quien denunció la relación de una devastadora epidemia de fiebre tifoidea en distritos industriales de Silesia con factores económicos y sociales. Para su tiempo, poco podía esperar del tratamiento médico y proponía una reforma hacia “una democracia completa y sin restricciones” que comprendiera educación, libertad y prosperidad (Rosen, 1985:76)¹.

La estrecha relación entre la teoría y la práctica médica y sus resultados a nivel poblacional fue enfatizada por Virchow cuando afirmó que **“la medicina es una ciencia social, y la política no es otra cosa que la medicina en gran escala”** (Virchow, 1992:18).

* José María Paganini es PhD y director del Centro INUS, Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP.

¹ Virchow adhirió en Berlín a la Revolución de 1848 y comenzó a publicar un semanario sobre “La Reforma Médica”. Un colega de su grupo, J. Neumaun, elaboró un proyecto de Ley-Plan de Salud Pública para Prusia (1849). Virchow, alrededor de 1870, fue diputado al Parlamento donde predicó su doctrina y, desde la oposición, impulsó al gobierno de Bismarck a la creación de seguros sociales y médico. Su actividad política, en virtud de su calidad de investigador en patología, no impidió que llegara a ser el padre de la Patología celular (Rosen, 1985).

Las relaciones entre salud y desarrollo económico social que avalan la definición de políticas sociales y de salud colectiva surgen también por las investigaciones recientes aportadas entre otros por Wilkinson y Kawachi.

Al estudiar la relación entre desarrollo económico y esperanza de vida Wilkinson (Wilkinson, 1997) encuentra que la diferencia de ingresos es la variable económica más relevante que afecta el nivel de salud.

Es decir que se vuelve a afirmar lo ya explicitado en el siglo XIX: que la situación de salud de una población es función de la distribución justa de los recursos de la economía a toda la población.

En este mismo campo, **Kawachi** realiza también aportes de interés (Kawachi, 1999).

Analizando la relación entre situación de salud y pobreza, Kawachi afirma que es la **cohesión social** de una comunidad la que influye sobre la salud colectiva y que ello se logra reduciendo las diferencias de ingreso y otorgando igualdad de oportunidades en los sectores sociales de mayor capacidad distributiva potencial como la salud y la educación.

Como se puede apreciar, la necesidad de definir políticas de salud que contemplen su íntima relación con el desarrollo social con equidad, no es nueva.

Estas reflexiones que llevan ya más de 150 años son, sin lugar a dudas, aportes importantes a las políticas de salud actuales. En ellas se afirma la necesidad de lograr desarrollos económicos sociales con justicia y equidad como elementos sustanciales para la salud colectiva.

Los aportes de pensadores de la medicina social y los recientes estudios de la investigación epidemiológica así lo sustentan.

A partir de la década de 1950 con la creación de **organismos internacionales especializados** dentro del marco de las Naciones Unidas, la definición de políticas globales tiene un origen y consenso institucional claramente definido.

Estos organismos se identifican como aquellos destinados a aspectos generales del desarrollo como el **Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)**, o los organismos de la ONU en el campo de la economía como el **Banco Mundial (BM)**.

En el campo específico de la salud colectiva se identifican el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (**UNICEF**), el Programa de Naciones Unidas para la Alimentación y Nutrición, la organización Internacional del Trabajo (**OIT**), y más específicamente la Organización Mundial de la Salud (**OMS**) cuya representación en las Américas ejerce la Organización Panamericana de la Salud (**OPS/OMS**).

El análisis de algunas de estas políticas de salud colectiva de las últimas décadas a través de estos organismos internacionales son de utilidad con el fin de observar sus características y de reflexionar sobre su pertinencia y utilidad en el marco de las necesidades de desarrollo de la salud presente y futura.

Comenzando por la década de 1960 encontramos un importante documento de política sanitaria regional denominado el **Plan Decenal de Salud para las Américas** (OPS, 2001).

Este plan fue aprobado por todos los Ministros de Salud participantes en la reunión realizada en Punta del Este (Uruguay, 1961) e incluía al sector Salud como objeto y sujeto del Desarrollo.

En el mismo, al definir el concepto universal de la salud, se decía:

“...la salud es un producto intersectorial y depende del desarrollo global. Las decisiones económicas no deben perder de vista que la finalidad de la economía es el hombre y su bienestar, ya que el hombre no es sólo un medio de la economía sino su fin, su destino, su sentido, y su razón de ser” (OPS, 2001:4).

Como se puede apreciar, esta amplia definición de política originada en un organismo especializado de salud reafirma conceptos ya emitidos en los últimos 150 años.

En este informe ya se mencionaba que las tasas de mortalidad materna eran entre cinco a siete veces más elevadas en América Latina y el Caribe que en América del Norte (OPS, 2001:4). Se mencionaba además que el desafío de la década era el proveer de servicios al 37% de los habitantes que no recibían Atención Médica (OPS, 2001:17).

Una nueva definición de política de salud colectiva surge en la década de 1970 cuando la mayoría de los gobiernos integrantes de la OMS aprueba en 1977 la declaración de la **Meta de Salud Para Todos**: “la principal meta social de los gobiernos en los próximos decenios debe consistir en alcanzar para todos los ciudadanos del mundo, en el año 2000, un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva” (Gómez López, 1988:1087).

Posteriormente, en la conferencia de **Alma Ata** (Kazajstán, Asia central) bajo el patrocinio de la OMS y la UNICEF (1978), se define a la **Atención Primaria como la estrategia** para su desarrollo (OMS-UNICEF, 1978).

Ambas definiciones de políticas y estrategias son dos hechos históricos fundamentales del sector salud en la lucha contra la desigualdad.

Los mismos se basan también, como las políticas anteriores, en la falta de equidad que surge del análisis de las diferencias en los estados de salud de las poblaciones. Basta mencionar algunas definiciones encontradas en documentos sobre la Estrategia de Atención Primaria:

- el sistema de salud es un componente del **desarrollo social** y un instrumento de **justicia social**
- toda población debe estar cubierta con **servicios básicos** de salud
- reafirmación del principio de **equidad**, **accesibilidad** económica, cultural y geográfica y del **rol fundamental de la comunidad**

En la década de 1980 y dentro de los cambios ocurridos en la mayoría de los países con avances positivos hacia democracias participativas, se desarrollaron políticas de salud orientadas a apoyar y responder a las necesidades de la población y la equidad en salud.

En todas ellas se mencionan, como fundamento, los limitados logros alcanzados en la distribución de la salud a toda la población.

Entre ellas se destaca la definición de las **Políticas de Promoción de la Salud** a través de la denominada **Carta de Ottawa** (Canadian Public Health Association, 1986) y su aplicación a las Américas, a través de la **Declaración de Santa Fe de Bogota** (OPS, 1992).

En ambas se hace énfasis a los prerrequisitos para la salud como la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, el trabajo, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad.

Se afirma además que una buena salud es el mejor recurso para el progreso personal económico y social y una dimensión importante de la calidad de vida. Para ello se destaca la necesidad de definir políticas públicas saludables, es decir decisiones gubernamentales tendientes a impulsar la cultura de la salud, la creación de ambientes saludables, el reforzamiento de la acción comunitaria, el desarrollo de aptitudes personales y la reorientación de los servicios de salud hacia la accesibilidad y la equidad. Hay ejemplos significativos de este tipo de políticas [Cuadro 1.a].

Políticas públicas saludables locales

- Políticas económicas que promueven el pleno empleo.
- Prohibición del expendio de bebidas alcohólicas a menores de edad.
- Prohibición de publicidad de bebidas alcohólicas.
- Rotulado de productos peligrosos.
- Prohibición de fumar en espacios cerrados, aeropuertos, oficinas públicas, servicios de salud, etc.
- Prohibiciones de publicidad de cigarrillos en torneos o eventos deportivos.
- Promoción y obligación del uso del cinturón de seguridad.
- Límites de velocidad.
- Control de alcoholemia a conductores.
- Códigos de edificación que aumentan la accesibilidad para las personas con discapacidad.
- Códigos de edificación y planeamiento urbano.
- Control veterinario de canes sueltos.
- Programa de capacitación en clasificación de residuos sólidos.
- Programa de reciclado de papel, cartón y afines.
- Programa de recolección de baterías.
- Plan de amplificación de la red de agua potable.
- Planes de forestación y recuperación de suelos erosionados.
- Talleres nutricionales a jefas de hogar bajo programas de alimentación.
- Grupos autogestionados de alimentación sana, huertas, microemprendimientos productivos, etc.
- Formación de grupos de ayuda.
- Planes municipales de vivienda.
- Programas de recreación y actividad física gratuitos para todas las edades en plazas públicas y/o polideportivos.

Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. OPS, 2005.

Cuadro 1.a

El concepto de promoción de la salud a nivel municipal llevó al desarrollo de la propuesta de municipios saludables (Paganini, 1995). Esta propuesta tiende a definir el espacio geográfico en función de las características latinoamericanas respecto a la unidad político-administrativa de base: municipio, alcaldía, departamento². Es parte, con matiz propio, del proyecto de ciudades saludables³ que se desarrolla en Europa bajo el patrocinio de la OMS (1985) (OPS, 1997). En Toronto (Canadá) fue impulsado, en el marco del Informe Lalonde⁴ con la aspiración de ser “la ciudad más sana de Norteamérica” (Ashton y Seymour, 1990:166). Con una visión idealista se ha dicho que ciudad sana es aquella que:

“continuamente está creando y mejorando su ambiente físico y social y potenciando los recursos comunitarios que capacitan a la gente a apoyarse mutuamente en las realizaciones de la vida y el propio desarrollo hasta su máximo potencial” (Hancock y Duhl; Ashton y Seymour, 1990: 171).

La OPS impulsó la estrategia de Municipios Saludables a partir de 1991. Con función promotora se definió al municipio o comunidad saludable como aquella en que “los diferentes actores sociales, los gobernantes, las organizaciones locales públicas y privadas, se comprometen a emprender un proceso de construcción económica, social, de preservación del ambiente y de construcción de salud colectiva, en pos de la mejor calidad de vida de la población” (Ministerio de la Salud y Ambiente de la Nación, OPS: 9).

Durante esa misma década de 1980 la Organización Panamericana de la Salud (1988), aprobó la Resolución XV de la XXXIII Reunión del Consejo Directivo en donde se define la necesidad de desarrollar y fortalecer a los Sistemas Locales de Salud (SILOS) para la transformación de los sistemas nacionales de salud (OPS, 1988; Paganini y Capote, 1996; Paganini y Chorny, 1990:424-448).

De esta manera se marcan explícitamente políticas de salud en apoyo a los procesos de descentralización, participación y de democracia local. Es en el nivel local donde la democracia tiene mayor posibilidad de ser participativa. Rousseau advertía, respecto a las primeras democracias europeas de mediados del siglo XVIII, el riesgo de que los pueblos fueran libres en el momento de las elecciones y esclavos después de ellas (Garrido, 1996). Las democracias contemporáneas sin llegar a ese extremo no alcanzan, en general, sino a lograr una escasa participación. En el ámbito municipal, sin embargo, hay mecanismos accesibles para mejorarla como, por ejemplo, la información pública sobre los proyectos locales para que la comunidad pueda observarlos, agregar sugerencias o incluso impugnarlos; el estable acceso a oficinas de iniciativas y reclamos a las que la autoridad deba responder y dar satisfacción; la organización de la defensa de consumidores y usuarios de servicios públicos; las asociaciones de vecinos y los organismos mixtos (administrativo-comunitarios) para conducir servicios o establecimientos públicos (Garrido, 1996:174).

En particular los aspectos considerados para el desarrollo de los SILOS fueron la necesidad de la reorganización del **nivel central** para la conducción y rectoría del sector así como el apoyo a las actividades y desarrollo de los **niveles locales** mediante (Paganini, 1995):

- una efectiva descentralización y desconcentración para el control de los recursos locales y la adaptación de las políticas nacionales, siendo en tal sentido parte fundamental del sistema nacional de Salud;
- la participación de la población en las decisiones y en la evaluación de los resultados en un ámbito propicio para el diálogo, el consenso y el desarrollo de responsabilidades recíprocas con el propósito del bienestar y desarrollo;

2 Martins definió al municipio como una institución política, administrativa y territorial basada en la vecindad, organizada jurídicamente en el Estado, con personalidad, patrimonio y competencia propia. Vecindad presupone contigüidad material de familias y casas (Martins, 1996:30).

3 Las antiguas polis griegas seguían diseños de equilibrio interno y con el medio ambiente. En América las civilizaciones maya, azteca e inca también las ubicaban y construían con precoces principios de equilibrio ecológico (OPS, 1988:1).

4 Marc Lalonde (1974) desarrolla en su informe el concepto de “Campo de Salud” con cuatro componentes: biología humana, medio ambiente, estilo de vida y organización de la atención de la salud. Tales componentes se identificaron y ponderaron por el análisis de la mortalidad y morbilidad en Canadá.

- una división del trabajo institucional fundada en un criterio geográfico-poblacional en áreas urbanas y rurales, ligado a las dimensiones político-administrativas en las que se concreta la descentralización del Estado, lo que les da base legal y legítima;
- la detección de las necesidades poblacionales definidas en función de daños y riesgos;
- el desarrollo de la intersectorialidad a través de redes de servicios interrelacionados con niveles de atención según las necesidades de la población;
- la readecuación de los mecanismos de financiación y el desarrollo de un nuevo modelo de atención;
- la capacitación de los RRHH y de los líderes comunitarios para su trabajo en equipo y el refuerzo de su capacidad técnico-administrativa para facilitar la programación local como proceso continuo y reflexivo de toma de decisiones;
- la coordinación de todos los recursos disponibles, de los diversos sectores y subsectores, trabajando en el frente interno de cada SILO y en el frente externo de la red mediante mecanismos de referencia-contrarreferencia;
- la asistencia integrada en el nivel local de las personas, la familia, el conjunto de la comunidad y el propio medio ambiente;
- la integración de los programas de prevención y promoción tendiendo a la horizontalización;
- la investigación epidemiológica que ofrezca un claro panorama de las necesidades, más allá de la demanda de atención, y de la investigación del funcionamiento del sistema y los servicios.

Se trata de desarrollar un nuevo modelo de atención que implica una efectiva descentralización del poder político y de los recursos económicos y técnicos. La administración local y regional deben ser redimensionadas bajo autoridades que aseguren espacios efectivos de participación de los equipos y de las comunidades.

En la década de 1990 y como consecuencia de la evaluación de los limitados logros alcanzados en la búsqueda de la equidad en salud y como propuesta de los organismos que orientan la Economía Mundial entre ellos el Banco Mundial, se propone una política para el sector salud según los principios de la economía de mercado en base a una denominada reforma del sector en donde se hace énfasis en la eficiencia en la adjudicación y utilización de los recursos frente a los costos cada vez mas crecientes de la práctica de la salud (Banco Mundial, 2000).

En esta política, lamentablemente, se da más importancia a la eficiencia en la adjudicación y utilización de los recursos que a la búsqueda de la equidad en el desarrollo de la salud (Banco Mundial, 2000:5).

En conclusión, hemos recorrido alrededor de 150 años de definiciones conceptuales hacia la equidad en salud y casi 50 años de definiciones de políticas internacionales sobre la salud colectiva.

¿Cabe preguntarse cuáles han sido los resultados? Lamentablemente la respuesta no deja lugar a dudas: el fracaso de las mismas es evidente. Salvo dos hechos aislados de triunfo colectivo sobre la enfermedad tanto de la biomedicina como de la organización de servicios de salud como fue la erradicación de la viruela en todos los países declarada el año 1979 y la eliminación de la transmisión del virus salvaje de la poliomielitis declarada en las Américas en el año 1993, el resto de la situación de inequidad persiste o se agrava en la mayoría de los países.

Los mismos organismos internacionales que vienen repitiendo junto con los países, desde hace ya más de 50 años, la necesidad de lograr una distribución justa de la salud declaran el fracaso de esas políticas.

En el año 1999 la OMS insiste en la necesidad de reducir el exceso de mortalidad y de morbilidad experimentada por la población en extrema pobreza (OMS, 1999).

Por su parte el director de la OPS afirmó en 1998 que el 25% de la población de América Latina y el Caribe (es decir alrededor de 100 millones de personas), no recibe atención de su salud en forma adecuada y que una madre en un país pobre tiene 50 veces más riesgo de morir por causas relacionadas con su embarazo que en un país rico (OPS, 1998).

La misma situación se detecta en las tasas de mortalidad infantil reportadas por la OPS. Para el período 1990-1995 los datos para países con ingresos altos son de 7 por mil y para los de menores ingresos de 86 por mil (OPS, 1998:5).

Los indicadores de cobertura de los programas de inmunizaciones, a pesar de sus éxitos globales con coberturas de alrededor entre el 80% y 90% muestran grandes diferencias geográficas sobre 14.000 distritos: casi 3.000 de ellos con coberturas entre 50 de 79% y 602 distritos con coberturas inferiores a 50% (OPS, 1998:118).

La OMS, en su informe anual de 2000 sobre la salud mundial (The World Health Report, 2000), afirma que en la mayoría de los países la pobreza y mala situación de salud se hace cada vez más evidente. Promueve la reorganización de la atención al afirmar que “la diferencia entre un sistema de salud que funciona adecuadamente y otro que no lo hace puede medirse en muertes, discapacidades, empobrecimiento, humillación y desesperanza” (WHO, 2000).

El informe promueve la mejora de los sistemas de salud englobando en ellos “todas las organizaciones, instituciones y los recursos dedicados a producir actividades de salud”. Concibe la mejora desde dos vertientes: (a) que alcancen el mejor nivel posible (que el sistema sea bueno, de calidad) y (b) que procure lograr las menores diferencias entre las personas y los grupos (que sea equitativo). En ambas vertientes se detecta que “son numerosos los países que desaprovechan su potencial y no desempeñan los esfuerzos suficientes para alcanzar la mejora, lo que se expresa en defunciones evitables, discapacidades previsibles y sufrimientos injustificados” (WHO, 2000: XVII).

En la función de rectoría de los Estados, a través de los Ministerios de Salud o sus equivalentes, se percibe en algunos países la falta de formulación de políticas nacionales de salud y la definición de acciones con mirada de corto plazo.

La introducción de nuevos indicadores de salud como la pérdida total de años ajustados en función de discapacidad (AVAD) exhibe los magros logros en equidad: el 60% de la mala salud (en AVAD) se genera en el quintil de los más pobres y sólo el 8-11% en el quintil de los más ricos (WHO, 2000:5).

El déficit de calidad de los sistemas de AM, ha sido medida en errores médicos y equivocaciones en la prescripción o uso de medicamentos. En EEUU se han comunicado alrededor de 51.000 muertes anuales por esos errores y equivocaciones (Who,2000).

La introducción del **Enfoque de Riesgo** impulsó la propuesta de planificar la Salud Pública y Comunitaria sobre la base del principio de equidad, que da mayor precisión a su igual de solidaridad. Se trata de analizar los recursos diferenciales para la salud y prioritar los recursos hacia los grupos y personas que tienen mayor riesgo.

El modelo de seguros de enfermedad tendió a considerar una cierta homogeneidad y aleatoriedad de los riesgos. Esta visión no alcanza a percibir el condicionamiento de los riesgos por la exclusión, la marginalidad, la desocupación prolongada y otras situaciones que no son azarosas y además tienden a ser estables para amplios grupos poblacionales. Deben considerarse también los caracteres diferenciales de las enfermedades catastróficas (catastrophic illness) y de los siniestros naturales o producidos por el hombre que de golpe ponen en situación de marginalidad y dependencia a grandes sectores de población (Rosavallon, 1995:27 y ss).

El informe de la OMS de 2002 (OMS, 2002) plantea este enfoque.

Si bien los riesgos para la salud se han considerado durante mucho tiempo, su medición y análisis es reciente y comenzó con los riesgos ambientales. Los estudios epidemiológicos prospectivos (vg. estudios de Framingham en EEUU y de Carelia del Norte en Finlandia) lograron precisar el peso de distintos factores en la probabilidad de sufrir enfermedades cardiovasculares. En lo que hace a desnutrición como alta probabilidad de muerte y morbilidad, la cantidad de estudios es proficua.

La OMS define el riesgo como “la probabilidad de un resultado adverso, o un factor que aumenta esa probabilidad” (OMS, 1998:3). Los riesgos para la salud se abren en un abanico de gran amplitud y configuran un perfil dinámico que interviene, por mecanismos conocidos unos y aún desconocidos otros, en la red de causalidad de fenómenos y enfermedades que afectan la salud. Así el hábito del tabaco, las adicciones, el abuso de alcohol, el sedentarismo, factores biológicos y ambientales tienen ponderación significativa en tales redes. Sin embargo se reconoce la pobreza, la marginalidad y las diferencias de oportunidades de género, como factores universales y los organismos internacionales han emprendido acciones y prédicas para reducirlas. Es así como la OMS en el informe del 2002 les contraponen los factores de protección (OMS, 2002:15), la difusión para percepción de riesgos y la promoción de una vida sana.

Con respecto a la pobreza, el indicador y a la vez riesgo que supera a todos los otros, es la insuficiencia ponderal por desnutrición del niño y de la madre que suele acompañarse de carencia de hierro, de vitamina A, de zinc, y en algunas regiones, de yodo, y se lo relaciona con la falta de lactancia natural. Estos factores de riesgo se definen con precisión y se miden con indicadores que orientan las acciones para corregirlos sobre la base de la reforma de los sistemas de salud bajo los principios de calidad y de equidad. Esta última, como se ha señalado, implica una asistencia discriminada positivamente, es decir, otorgar prioridades a los grupos de mayor riesgo, sin perjuicio de las modificaciones estructurales de carácter económico y social que cada país debe empeñarse en lograr.

El Banco Mundial, en su informe sobre el Desarrollo 2000/01, estima que del total de 6 mil millones de la población mundial, 2.800 millones (casi la mitad) viven con menos de 2 dólares por día y 1.200 millones con menos de 1 dólar (Banco Mundial, 2000:3).

Para América Latina y el Caribe se reporta que el 15,6 % de la población vive con 1 dólar diario, es decir unos 78 millones, un aumento de 13 millones desde 1987⁵. (Bco. Mundial, 1993)

Recientemente a través de las Naciones Unidas y aprovechando el nacimiento de un nuevo Milenio, todos los países asociados definieron las denominadas **Metas del Milenio** (2000) (ONU, 2002).

En los considerandos de las mismas se parte nuevamente de la necesidad de avanzar hacia la equidad en Salud y Desarrollo aceptando los escasos logros obtenidos hasta el momento y denunciando las situaciones de inequidad.

Se definen así metas de Salud colectiva para el año 2015 [Cuadro 1.b].

Objetivos y metas de desarrollo del milenio en las Américas

<ol style="list-style-type: none"> 1. Erradicar la pobreza extrema (ingresos menores a 1 U\$/día a paridad del poder adquisitivo) así como también reducir, entre las víctimas del hambre, el porcentaje de niños menores de cinco años con peso inferior al normal y el de población por debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria. 2. Lograr la enseñanza primaria universal promoviendo el ciclo de enseñanza primaria completa para todos los niños y la alfabetización de los adultos. 3. Promover la igualdad de los sexos y la autonomía de las mujeres a través de la igualdad de oportunidades de acceso a todos los niveles de enseñanza, la alfabetización, el acceso al empleo en el sector no agrícola y a la representación parlamentaria. 4. Reducir la mortalidad en los niños menores de 5 años, incluyendo la inmunización contra el sarampión. El rango de mortalidad infantil en las Américas está entre un 5,3‰ (Canadá) y 80,3‰ (Haití). El promedio de cobertura de inmunización antisarampionosa es de 91%. 5. Mejorar la Salud Materna. La razón de mortalidad materna está en un rango entre 34,1‰ (Cuba) y 523,0 (Haití), con altibajos, pero con tendencia a la reducción. 6. Combatir el HIV-SIDA, el paludismo, la TBC y otras enfermedades. La prevalencia de infección HIV-SIDA es, al menos, de 1% en 12 países del Caribe y en mujeres embarazadas superior al 2% en 6 de ellos. El 31% de la población de las Américas vive en áreas con riesgo potencial de transmisión de paludismo. En 2002 había más de 220.000 casos notificados de TBC, que resultaban de una reducción del 11% desde 1999. 7. Garantizar la sostenibilidad del medioambiente y reducir la población sin acceso al agua potable y servicios cloacales (en la región, 76 millones de personas no tienen acceso a agua potable y 103 millones carecen de servicios de eliminación de excretas y aguas residuales), así como mejorar la vida de habitantes de áreas marginales. 8. Fomentar una asociación mundial para el desarrollo en lo comercial y financiero, los problemas de la deuda externa, atender necesidades de áreas menos desarrolladas, promover el trabajo de los jóvenes y promocionar el acceso a medicamentos esenciales (en la región, sólo el 53% de los infectados por HIV-SIDA tienen acceso al tratamiento) y a tecnologías de información y comunicación.
Organización de las Naciones Unidas, 2002

Cuadro 1.b

5 Amartya Sen (Premio Nobel de Economía, 1998) prefiere definir la pobreza en función de la privación de capacidades que en función de la falta de ingresos. Considera a estos, instrumentos para lograr capacidades que permitan evitar las privaciones y den las libertades fundamentales para llevar el tipo de vida que las personas tienen razones para valorar. Así la educación, la salud y la distribución equitativa de la tierra aumentan por sí mismas la calidad de vida y también la capacidad de mejorar la renta (Sen, 2000:114 y ss).

Como puede apreciarse las metas 4 (sobre la mortalidad infantil), 5 (salud materna) y 6 (lucha contra el HIV-SIDA, paludismo, TBC y otras enfermedades) son competencias directas del sector Salud, la 1 (aspectos de la distribución) en buena parte la promoción del acceso a medicamentos esenciales (meta 8)⁶ y la 7 (respecto al acceso al saneamiento), son también ámbitos competentes al mismo sector. Es así como la declaración del Milenio “otorga a la salud un papel preponderante dentro de la ayuda del desarrollo mundial y **brinda al sector de la salud grandes oportunidades para el compromiso político** de fomentar la salud y el bienestar social de las poblaciones del mundo” (OPS, 2004:1).

En estos documentos se presentan propuestas de estrategias para alcanzar tales metas e indicadores para evaluar su logro. Aunque los plazos para su concreción están definidos para el año 2015 ya existen informes sobre las limitaciones para alcanzarlas (Global Forum for Health Reserch, 2004).

Frente a este análisis de políticas globales de salud colectiva y los escasos resultados logrados cabe preguntarse si estamos frente a un nuevo episodio de definición de políticas globales en salud. ¿Y posiblemente ante un nuevo fracaso?

¿No será el momento de reconsiderar todas las estrategias utilizadas?

¿Cuál puede ser el aporte de la investigación epidemiológica social, de las ciencias políticas y de sistemas y servicios de salud para encontrar las estrategias cuya evidencia científica permita avanzar hacia la equidad en salud?

Las conclusiones y desafíos quedan así enunciados, teniendo en cuenta que las políticas y estrategias para la salud colectiva con equidad no han dado los resultados buscados.

El desafío consiste en definir con toda urgencia un nuevo enfoque global de políticas y estrategias con base en evidencias científicas.

Citas bibliográficas

- Ashton, J. y Seymour, H., *La nueva Salud Pública. La experiencia de Liverpool*. Barcelona, Masson, 1990.
- Banco Mundial, *Informe Sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en Salud*. Washington DC, BM, 1993.
- Banco Mundial, *Informe sobre el Desarrollo Mundial 2000/01. Lucha Contra La Pobreza*. Versión resumida. Washington DC, septiembre de 2000.
- Canadian Public Health Association, *Ottawa Charter for Health Promotion*. Ottawa, 1986.
- Farr, Willian, en OPS, *El desafío de la epidemiología: Problemas y lecturas seleccionadas*. OPS. Washington DC, OPS, 1998 (Publ. Cient. 505).
- Garrido Falla, F., *La participación en el municipio*, en Vanossi, J. R. y otros, *El Municipio*. Buenos Aires, Ciudad Argentina, 1996.
- Global Forum for Health Research, *The 10/90 Report on Health Research 2003-2004*. OMS, Geneva, 2005.
- Gomez López, A. J. y otros, *Niveles de atención sanitaria: atención primaria de la Salud*, en Piédrola Gil, G. *Medicina preventiva y Salud Pública*. Barcelona, Salvat, 8va edición, 1988:1087 y ss.
- Hipócrates, *Aires, aguas y lugares*, en OPS, *El Desafío de la Epidemiología*. (Publ. Cient. 505): 18-20.
- Kawachi, I. y otros, *Income Inequality and Health: Pathways and Mechanisms*. HSR, 1999:215-227.
- Martins, D. M., *Regímenes municipales contemporáneos*, en Vanossi, J. R. y otros, *El municipio*. Buenos Aires, Ciudad Argentina, 1996.
- Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación - OPS. *Municipios Saludables*. Portfolio educativo. OPS, Bs As, 2005.
- Naciones Unidas, *Aplicación de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas: Informe del secretario general*. ONU, Diciembre, 2002.
- OMS, *Informe de la situación de salud*. OMS, Ginebra, 1999.
- OMS, *Informe sobre la Salud en el Mundo 2002, Reducir los riesgos y promover una vida sana*. OMS, Ginebra, 2002.
- OMS-UNICEF, *Atención Primaria de la Salud*. Ginebra, Alma Ata, 1978.
- OPS, *La Salud en las Américas*. OPS, Washington DC, (Publ. Cient. 8-569), vol. 1, 1998.

6 La OMS definió en 1977 una Política y listado de medicamentos esenciales, que se actualiza cada 2 años.

- OPS, *La promoción de la salud en las Américas. Declaración de Santa Fe de Bogotá*. Bogotá, noviembre de 1992.
- OPS, *Municipios Saludables*. (Com. p/Salud n° 11). OPS, Colombia. 1997.
- OPS, *Plan decenal de Salud Para las Américas*. Punta del Este. (Doc. n° 18), 2001:73.
- OPS, *Resolución XV del XXXIII CD. Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de salud*. Washington D.C., septiembre 1988.
- Paganini, J. M. y Chorny, A H., *Los sistemas locales de Salud: desafíos para la década de los noventa*, en: Bol. Of Sanit. Panam. 109 (5-6), Washington DC, OPS, 1990:424-448.
- Paganini, J. M., *La programación local en los SILOS*. Ctro INUS, Facultad de Ciencias Médicas, UNLP, La Plata, 2004. Cfr. Paganini J. M., *Los procesos de desarrollo de los SILOS en las Américas. Un análisis de situación*. OPS, octubre de 1995.
- Paganini, J. M. y Capote, R., *Los Sistemas Locales de Salud, conceptos, métodos y experiencias*. OPS/OMS, Washington DC, (Publ. Cient. 543), 1996.
- Paganini, J.M., *El desarrollo municipal. Una Estrategia para la Equidad en Salud*. Presentado al 1er. Congreso de Secretarios Municipales de Salud de las Américas, Fortaleza (Ceara, Brasil), Mimeo, Octubre de 1995.
- Rosavallon, P., *La nueva cuestión Social. Repensar el Estado Providencia*. Buenos Aires, Manantial, 1995.
- Rosen, G., *De la policía médica a la medicina social*. México, Siglo XXI, 1985.
- San Martín, H., *Salud y Enfermedad*. Chile, 1970.
- Sen, A., *Desarrollo y Libertad*. Buenos Aires, Planeta, 2000.
- Snow, John, en: *El desafío de la epidemiología*. (Publ. Cient. 505). OPS, Pág. 43; 47; 446 y 450.
- Sonis, A., *Salud y Desarrollo Económico Social*. Buenos Aires, EUDEBA, 1968.
- Villermé, L., en: *El desafío de la Epidemiología*. (Publ. Cient. 505). OPS., Pág. 34; 38.
- Virchow, R., en: *El desafío de la Epidemiología*. (Publ. Cient. 505). OPS.
- White, K., *Perspectiva epidemiológica de la Atención de la Salud*, en: OPS, *Investigación de Servicios de salud*. OPS, Washington D.C. (P.C. 554), 1992.
- WHO, (OMS), *The World Health Report. 2000. Health Systems: Improving Performance*. WHO, Geneva, 2000.
- Wilkinson, R., *Health Inequalities: Relative or Absolute Material*. Standards, BMJ, 1997: 314; 591-595.