

Capítulo 6

PERSPECTIVAS PARA LA SALUD REGIONAL

Los países de las Américas han logrado un importante progreso en la reducción de la mortalidad y la morbilidad en los últimos decenios, aunque todavía persisten las desigualdades entre los países y las inequidades al interior de los mismos. Tanto ese progreso como esas desigualdades ocurren en circunstancias con un patrón de flujo constante. Al mirar hacia el futuro, la continuación de ese progreso y la corrección de esas desigualdades dependerán de innumerables factores y tendencias dinámicos y de la forma en que los aborden las personas, las poblaciones, los gobiernos y la comunidad internacional.

Tendencias condicionantes del futuro de la salud

La salud en las Américas en los años y decenios venideros se configurará a medida que se desenvuelvan las tendencias actuales. Predominarán tres macrotendencias que guardan relación con el panorama socioeconómico, la situación de salud y la respuesta de los sistemas de salud, lo cual explica la estructura del contenido, a saber, el contexto general, las condiciones de salud y la respuesta sectorial, en los volúmenes de esta publicación que tratan tanto de la Región como de los países.

Tendencias socioeconómicas. Como se ha descrito en las páginas precedentes, una gama de tendencias socioeconómicas, a saber, las relacionadas con la economía, la población, la educación, el medio ambiente, el acceso a la salud y la ayuda internacional, inciden en la salud de la población de la Región. Aunque el producto interno bruto per cápita en América Latina y el Caribe aumentó más de 4% en el período 2001 a 2005 y el número de pobres disminuye, 40% de la población (205 millones de personas) sigue viviendo en la pobreza y más de 15% (79 millones), en condiciones de pobreza extrema. El ingreso y su distribución influyen mucho en el estado de salud.

Si bien el crecimiento demográfico de la Región se ha desacelerado, una porción cada vez mayor de esa población es mayor de 60 años. Los sistemas de salud necesitarán tener en cuenta el perfil de salud de la población que envejece y las repercusiones que tendrá esa situación para la naturaleza y la prestación de servicios de salud. Un segundo factor demográfico importante que influye en la salud es la urbanización que, a pesar de permitir que la gente tenga mayor acceso a los servicios sociales, también tiende a promover patrones de comportamiento nocivos para la salud, entre ellos, la nutrición deficiente, el abuso de drogas y alcohol, la enajenación y la violencia.

El progreso alcanzado en materia de educación en las Américas —si bien todavía se ve comprometido por inequidades en lo que respecta a género, grupo étnico y localización geográfica— se ha caracterizado por importantes aumentos en los dos últimos decenios. Cerca de 94% de la población sabe leer y escribir y alrededor de 95% de los niños y las niñas están matriculados en programas de educación primaria.

América Latina y el Caribe han alcanzado altas tasas generales de cobertura de abastecimiento de agua (91%) y saneamiento (77%), aunque las zonas rurales suelen tener menos cobertura. Los principales retos ambientales emanan de la contaminación del aire, el agua y el suelo, los riesgos de la industrialización y el desarrollo sin planificación, así como el impacto destructor de los desastres.

Millones de personas en la Región carecen de cobertura de seguro de enfermedad (218 millones) y de acceso a servicios de salud (más de 100 millones). Esta exclusión de la atención de salud es el resultado de la pobreza, la marginación y varias formas de discriminación y estigmatización que, a su vez, guardan relación con la diferencia de idioma, el empleo informal, el desempleo y subempleo, el aislamiento geográfico, y la falta de educación y de acceso a información.

Una tendencia socioeconómica final guarda relación con la ayuda oficial para el desarrollo. Gran parte de esa ayuda se destina ahora a otras regiones del mundo, lo que da como resultado una menor proporción para las Américas o, en el caso de la asistencia bilateral, se enfoca en determinados países en lugar de concentrarse en el desarrollo general de la Región.

Tendencias en la situación de salud. Las enfermedades transmisibles —como la malaria, el dengue, la tuberculosis, la infección por el VIH/sida y la zoonosis— siguen representando grandes amenazas para la salud de la población de América Latina y el Caribe y ciertas enfermedades “desatendidas”—entre ellas la filariasis, la leptospirosis y la enfermedad de Chagas— afligen desproporcionadamente a los pobres de la Región. Sin embargo, con frecuencia cada vez mayor, las principales causas de defunción y enfermedad en todos los países de las Américas son las enfermedades crónicas no transmisibles —particularmente, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la diabetes— junto con la violencia, los traumatismos, las enfermedades ocupacionales y la enfermedad mental.

Si bien, en general, los indicadores de salud han mejorado en el pasado reciente, en gran medida como resultado de las intervenciones en atención primaria, persisten las desigualdades en materia de salud. Los grupos indígenas, las mujeres, los pobres y las personas carentes de instrucción, los habitantes de las zonas rurales y los ancianos son menos sanos que otros grupos de la sociedad.

Tendencias en los sistemas de salud. Entre las tendencias más predominantes características de los sistemas de salud de la Región están la segmentación de los servicios, la deficiencia de las políticas de financiamiento de la salud, la asignación deficiente de recursos de salud y el hincapié en la atención terciaria e individual a expensas de la atención primaria y pública. Las reformas del sector de salud iniciadas en el decenio de 1990 en realidad debilitaron la posición de los Ministerios de Salud, al deteriorar su capacidad para asumir el liderazgo del sector y realizar sus funciones esenciales de salud pública.

El gasto nacional en salud en América Latina y el Caribe representó menos de 7% del producto interno bruto de la Región (alrededor de US\$ 500 per cápita al año) y comprendió dos rubros principales, a saber, gasto en salud pública (sobre todo en servicios gubernamentales) y gasto privado (incluidos los gastos directos en bienes y servicios).

La fuerza laboral en salud presenta varios problemas: en muchos países, hay demasiado pocos trabajadores disponibles para atender las necesidades de la población (menos de 25 trabajadores de salud por 10.000 habitantes, lo que se considera una cobertura mínima); esos trabajadores de salud tienen una distribución desigual y no han recibido la debida formación ni capacitación para atender las necesidades de salud de la población. Además, la atención de esas necesidades en el futuro exigirá políticas e inversiones de capital focalizadas en ciencia y tecnología aplicadas a la salud.

Respuesta a las tendencias regionales: La Agenda de Salud para las Américas, 2008–2017

Como ha sucedido muchas veces en más de un siglo, y al encarar hoy las tendencias y los desafíos descritos en los párrafos precedentes, los países de las Américas se han unido una vez más en su compromiso de trabajar juntos por mejorar la salud de la población de toda la Región. Con ese fin, han elaborado colectivamente una Agenda de Salud para las Américas, 2008-2017 que “considerará las tendencias y los desafíos previstos para el decenio y se centrará en mejoras concretas a la salud de los pueblos de las Américas”. Aprobada por delegaciones de los países de las Américas ante la Asamblea Mundial de la Salud (Ginebra, mayo de 2007) y lanzada en la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos (Ciudad de Panamá, junio de 2007), la Agenda de Salud es un “instrumento político de alto nivel” que establece metas regionales específicas de salud pública en ocho “áreas de acción” principales, cuyo fin conjunto es redu-

Una tradición de planes regionales de salud

Entre otras funciones importantes, los gobiernos fijan metas para mejorar la salud de sus poblaciones y, dentro del contexto de esas metas, evalúan las condiciones y las brechas de salud. En una determinada coyuntura en la historia de un país, esa evaluación señalará invariablemente el progreso alcanzado y pendiente. Los países de las Américas han trabajado juntos por más de un siglo para enfrentar colectivamente los desafíos nacionales y regionales en materia de salud, y sus esfuerzos se han cristalizado por más de medio siglo en planes regionales de salud. Por definición, esos planes nacionales de salud constituyen proyectos básicos para la acción continental y nacional con objeto de mejorar la salud y el bienestar de los pueblos de las Américas.

En 1961, con la Carta de Punta del Este y, en particular, el **Programa Decenal de Salud Pública** de la Alianza para el Progreso, los países de la Región, en las más altas esferas políticas, concuerdan por primera vez en un programa continental para fomentar la salud. Ese programa fija la meta de "aumentar en un mínimo de cinco años la esperanza de vida al nacer y elevar la capacidad de aprender y producir, mejorando la salud individual y colectiva". Con ese fin, el programa recomienda la preparación de planes nacionales y la formulación de una política general de salud.

En 1972, los Ministros de Salud de las Américas, al reanudar el trabajo donde terminó la Carta de Punta del Este, formulan un nuevo **Plan Decenal de Salud para las Américas** que declara la salud como un derecho universal, reconoce la importancia de la participación social en la adopción de decisiones y fija como nueva meta principal la extensión de los servicios de salud a las poblaciones desatendidas y subatendidas "para posibilitar la cobertura total de la población por el sistema de servicios de salud en todos los países de la Región", presagiando así lo que se convertiría en la aspiración mundial de salud para todos.

Tal como lo habían hecho al principio de los dos decenios precedentes, al comienzo de los años ochenta los países de la Región se dieron a la tarea de evaluar los logros y las deficiencias en la realización de los planes anteriores de salud para las Américas y de preparar un nuevo plan a la luz de la experiencia adquirida hasta entonces. Ya en 1980, la mayoría de los países habían definido o confirmado sus estrategias nacionales para lograr la meta de salud para todos, en consonancia con la Declaración de Alma-Ata hecha en 1978 por la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud y adoptada posteriormente por la Asamblea Mundial de la Salud en 1979. Esas estrategias nacionales se convierten en la base para formular las **Estrategias regionales de salud para todos en el año 2000**. En los años noventa, hubo una serie de planes de acción regionales y de orientaciones estratégicas y prioridades programáticas.

En este continuo de planificación regional en salud, la **Agenda de Salud de las Américas, 2008–2017**, es la última de una serie de expresiones de la voluntad colectiva de los países de la Región por conseguir una mejor salud para sus poblaciones.

cir las desigualdades entre los países y las inequidades al interior de los mismos.¹ Esas áreas de acción se resumen a continuación:

1. Fortalecer la autoridad sanitaria nacional. Las autoridades sanitarias deben buscar un amplio compromiso con el desarrollo de la salud de la población y la voluntad política de las altas esferas para apoyar ese desarrollo, para lo cual necesitarán asegurar la debida gobernanza, un liderazgo eficaz y una rendición de cuentas transparente. Para el logro de esos fines, las autoridades sanitarias nacionales deberán seguir varias estrategias de importancia crítica, a saber, asumir el papel rector en salud; realizar funciones esenciales de salud pública; conseguir la participación de otros sectores, la sociedad en general y las comunidades, con una clara delineación de las respectivas funciones de las diversas partes; fortalecer los enfoques de atención primaria de salud y abordar los determinantes sociales de la salud; hacer los arreglos para crear marcos jurídicos que permitan la gestión apropiada del sistema de salud; basar la adopción de decisiones en pruebas validadas; establecer sistemas fiables de información para la administración financiera, la preparación de presupues-

tos y la contabilidad; y defender una función central para la salud como parte de la agenda de desarrollo continental.

2. Abordar los determinantes de la salud. La educación, el empleo, el ingreso y otros factores sociales tienen un impacto directo en la salud. De ello se desprende que los logros en materia de salud no dependen totalmente de los esfuerzos del sector de salud; más bien, la mejora de la salud de la población exige acción en varios frentes sociales y colaboración entre muchas otras instituciones y sectores, a saber, educación, agricultura, aplicación de la ley, transporte y otros similares. Será importante asegurar que los planes de desarrollo nacional aborden los determinantes de la salud y asignen recursos para superar los problemas de exclusión social, exposición a riesgos y violencia, urbanización no planeada y los efectos del cambio climático. Los países querrán mantener y ampliar las campañas de promoción de la salud, enfocándose particularmente en las madres, los niños y las familias, por medio de nutrición apropiada, lactancia materna, vacunación y prevención y control de las enfermedades respiratorias e infecciosas.

3. Aumentar la protección social y el acceso a los servicios de salud de calidad. En la actualidad, la incertidumbre del mer-

¹La versión completa de la Agenda de Salud está disponible en http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/Agenda_de_Salud.pdf.

cado de trabajo en los países de la Región compromete el ingreso de la familia y, por extensión, la seguridad social y el acceso a la atención de salud. Para las familias carentes de protección, el gasto en servicios de salud puede ser catastrófico. Los gobiernos deben respaldar las políticas públicas que protejan a todos sus ciudadanos; que aseguren el acceso de la población a los servicios de atención de salud, los medicamentos y las tecnologías necesarios; que lleven a prestar servicios integrales, eficaces y eficientes mediante remisión directa y cruzada, prácticas basadas en pruebas científicas y modelos de atención de la familia y la comunidad centrados en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad; y que regulen la atención de salud en el sector privado para que contribuya a lograr las metas nacionales de salud pública.

4. Disminuir las desigualdades en salud entre los países y las inequidades en salud al interior de los mismos. Aunque los indicadores regionales muestran que se han logrado importantes adelantos en la salud de la población en decenios recientes, persisten grandes desigualdades entre los países y profundas inequidades al interior de los mismos. Las personas privadas sistemáticamente de los beneficios de la inclusión social —los pobres, las personas con un grado mínimo o nulo de educación, los habitantes de las zonas rurales, los pueblos indígenas y otros grupos étnicos, las mujeres y los ancianos, entre otros— sufren los peores niveles de salud o están expuestos a los mayores riesgos para la salud o tienen menos acceso a los servicios de salud. Los gobiernos necesitan proporcionar intervenciones en materia de salud que respondan a las necesidades especiales de cada grupo: servicios de salud culturalmente aceptables para los grupos indígenas, que respeten sus derechos como ciudadanos; servicios de salud sexual y reproductiva para las mujeres, desde la concepción hasta la atención del recién nacido; atención integrada de los adolescentes y adultos jóvenes que aborde sus necesidades de desarrollo, salud mental y tendencias hacia patrones de comportamiento arriesgados; mantenimiento de la calidad de vida de los ancianos y su participación en su propio cuidado; y garantía de paridad en las políticas y programas de salud para hombres y mujeres. La asistencia para el desarrollo internacional debe concentrarse en actividades de financiamiento que contribuyan a reducir las inequidades en salud.

5. Reducir los riesgos y la carga de enfermedad. En cada país de las Américas, está cambiando el perfil epidemiológico— se proyecta una intensificación de los cambios en los años venideros— y el sector de salud necesita adaptar sus políticas y programas de conformidad con ello. La prevención y el control de las enfermedades transmisibles siguen siendo importantes y se deben hacer esfuerzos intensivos para controlar y eliminar las enfermedades “desatendidas” que tienden a afligir en forma desproporcionada a los pobres. Al mismo tiempo, los países necesitarán abordar las principales causas de enfermedad y muerte: las enfermedades no transmisibles—la diabetes, las enfermedades

cerebrovasculares y cardiovasculares, el cáncer, etc.— y las causas externas, como las lesiones por tráfico, los homicidios y otras formas de violencia. Con ese fin, las personas, los sectores de salud y educación, los medios de comunicación y la sociedad en general deben promover activamente modos de vida y patrones de comportamiento saludables, entre los cuales los principales son la disponibilidad de alimentos más sanos, mejores hábitos de alimentación, una mayor actividad física y el abandono del hábito de fumar.

6. Fortalecer la gestión y el desarrollo de los trabajadores de salud. Los países de la Región, incluso los más desarrollados, así como las zonas al interior de todos ellos, experimentan escasez crítica de médicos y personal de enfermería. Para atender las necesidades crecientes y cambiantes de trabajadores de salud, los gobiernos deben basar sus políticas y planes sobre la fuerza laboral en salud en pruebas referentes a esas necesidades; buscar la distribución equitativa de trabajadores de salud para asegurar la disponibilidad de sus servicios a los más necesitados; promover condiciones de trabajo que permitan poner freno a la emigración de trabajadores de salud; mejorar la gestión del personal de salud, y vincular la capacitación de los trabajadores de salud a las necesidades de los servicios de ese sector.

7. Aprovechar los conocimientos, la ciencia y la tecnología. La investigación permite que los países entiendan mejor la relación existente entre los determinantes de la salud y sus consecuencias y seleccionen intervenciones apropiadas y eficaces. El diseño de políticas de salud y la realización de programas de salud deben basarse en las pruebas de la investigación más actualizada. Los países deben alentar la investigación sobre la naturaleza y el alcance de los determinantes sociales de la salud, fortalecer la investigación sobre medicinas tradicionales y complementarias, vigilar la observancia de los principios de bioética y asegurar la aplicación equitativa de los adelantos científicos y tecnológicos.

8. Fortalecer la seguridad sanitaria. La seguridad individual y colectiva en todas las Américas se ve amenazada cuando atacan las pandemias y los desastres naturales y aquellos causados por el hombre. Los desplazamientos migratorios y las prácticas poco seguras observadas en el comercio de alimentos pueden acelerar la transmisión de enfermedades. Los gobiernos deben prepararse para atender emergencias sanitarias y brotes de enfermedad y estar listos para proporcionar socorro cuando ocurran. Para prevenir y controlar la propagación de la enfermedad dentro y más allá de sus fronteras, los países deben asegurar el cumplimiento con la última versión del Reglamento Sanitario Internacional. Los esfuerzos conjuntos entre los sectores de salud y de agricultura deben concentrarse en prevenir y controlar las zoonosis, incluidos los preparativos para hacer frente a una posible pandemia de influenza aviar. Además, los países deben colaborar con

las organizaciones internacionales para responder con rapidez y eficacia a circunstancias que amenacen la seguridad sanitaria.

Perspectivas referentes a la acción en salud

En su presentación de la Agenda de Salud a la comunidad internacional, los Ministros y Secretarios de Salud de los países de las Américas instaron encarecidamente “a todos los gobiernos, a la sociedad civil y a la comunidad internacional que contribuye con la cooperación técnica y el financiamiento para el desarrollo, a considerar esta Agenda como una guía e inspiración para la formulación de políticas públicas y la ejecución de acciones para la salud, en pro del bienestar de la población de las Américas”. Para apoyar esa declaración, la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud invitó a un selecto grupo de expertos internacionales en salud pública a que ofrecieran su orientación con respecto al futuro de la salud en las Américas y a la ejecución de la Agenda de Salud. En particular, se preguntó a los expertos: “¿Qué orientación daría usted a las autoridades normativas y decisorias sobre la ejecución de la Agenda de Salud para las Américas y qué perspectivas de cambio les recomendaría que tuvieran en cuenta?” A continuación se presentan las respuestas a esta doble pregunta dadas por 10 distinguidos líderes con profunda experiencia en el campo de la salud internacional: George A.O. Alleyne, Stephen Blount y Jay McAuliffe, Paolo Buss, Nils Kastberg, Gustavo Kourí, Sylvie Stachenko, Muthu Subramanian, Ricardo Uauy, y Marijke Velzeboer-Salcedo. Estas respuestas mencionan una amplia gama de temas, desde las prioridades epidemiológicas y las consideraciones relacionadas con grupos de población y grupos de edad, hasta los desafíos para el sector de salud y la fuerza de trabajo sanitaria. Hay tres temas recurrentes, a saber, la necesidad de corregir las inequidades en salud, la importancia de la colaboración intersectorial y la cooperación internacional, y la función de la información, los conocimientos, la ciencia y la tecnología para afianzar la salud, que subrayan la riqueza de estas perspectivas sobre el futuro de la salud en las Américas; esos temas se destacan en todo este capítulo (“Temas recurrentes”).

Comentarios del Dr. George A.O. Alleyne

Al proporcionar orientación a las autoridades normativas y decisorias sobre la ejecución de la Agenda de Salud para las Américas y las perspectivas de cambio que deben tener en cuenta, asumiré que esas personas representan el mismo “tipo” de persona, de manera que no haré ninguna distinción entre ellas en mi respuesta y me referiré a ellas, en general, como “autoridades normativas”; además, asumiré que estas son autoridades normativas en el sector de salud. Mi respuesta comprende seis “orientaciones” principales.

Apreciar la naturaleza de la política pública y la función de las autoridades normativas. El proceso de cambio en mate-

ria de política necesita abordarse con una clara comprensión del proceso político. Como señala Michael Reich en “The Politics of Reforming Health Policies” ([La política de la reforma de las políticas de salud]):

La primera aptitud consiste en evaluar las intenciones y acciones políticas de los interesados directos. Los interesados directos incluyen personas, grupos y organizaciones que tienen un interés en una política y la posibilidad de influir en las decisiones relacionadas con ella. . . . En general, se necesitan estrategias políticas para abordar cuatro factores que determinan la factibilidad política de un cambio de políticas. Los cuatro factores son: actores, poder, posición y percepción.

Con demasiada frecuencia, las autoridades normativas en salud son ingenuas al creer que, porque su causa es noble, sus propuestas se aceptarán instantáneamente. Así, la primera orientación de importancia crítica para las autoridades normativas, en particular para las nuevas, es tener conciencia de la manera en que se forma la política pública y de los diferentes interesados directos participantes. A toda costa, deben abstenerse de reemplazar al personal técnico a menudo muy competente que tienen a su disposición. Uno de los graves problemas enfrentados en el sector de salud es el del antiguo profesional de salud que se ha convertido en autoridad normativa en el sector público sin apreciar que su función ha cambiado. El reconocimiento de la diferencia básica entre la política pública en general y la política pública saludable es imprescindible. Está bien poder dirigir la política en un campo estrecho de salud pero —como la salud está determinada por muchos factores fuera del sector de salud tradicional— es importante tener claro que la política pública saludable, que reviste importancia crítica para lograr gran parte de la Agenda de Salud, exige un conjunto específico de instrumentos, además de comprensión. La autoridad normativa tiene que entender que una política pública saludable comprende insumos técnicos, éticos y políticos y que todos esos insumos deben manejarse. La tendencia en el sector de salud es concentrarse exclusivamente en los aspectos técnicos y dejar de lado los demás. Ninguna agenda de salud, por loable que sea, e independientemente de su solidez técnica o deseabilidad social, tiene ninguna posibilidad de éxito sin una clara apreciación de la naturaleza de la política pública y de la función de las autoridades normativas, factores que, por desgracia, las organizaciones de salud que elaboran esas agendas tienden a dejar de recalcar lo suficiente.

Adquirir los instrumentos para exponer un argumento en pro de la salud frente a otros sectores. La Agenda de Salud habla definitivamente de las inequidades en salud, los determinantes de la salud y la necesidad de que la autoridad normativa exponga el hecho de que esas inequidades y determinantes merecen atención. Sin embargo, la tarea primordial y de mayor importancia es poder articular claramente el valor de la salud ante los

demás sectores y, por ende, ante la sociedad en general. La Agenda de Salud aborda la salud casi exclusivamente en lo que respecta al bien que representa la salud, lo que, indudablemente, es verdad. Sin embargo, si las autoridades normativas sanitarias van a exponer un argumento en pro de la asignación apropiada a la salud, tienen que hacerlo no solamente sobre la base de la importancia intrínseca de la salud, sino sobre la importancia de la contribución de la salud de la población a todos los demás aspectos del desarrollo nacional. Ya está abundantemente claro que hasta ahora hemos subestimado el valor de la salud para el bienestar económico. Si bien el hecho de preconizar la necesidad de ampliar la protección social y la responsabilidad gubernamental por ella es correcto desde el punto de vista ético, de igual o mayor importancia es el argumento de que proveer protección social ayuda a las personas y a las familias a evitar que caigan en la trampa de la pobreza o que escapen de esta última, puntos que revisten importancia crítica tanto económica como política. Hay pruebas más que anecdóticas que sirven para atestiguar la deficiencia de las exposiciones sobre el sector de salud en los foros donde se adoptan las decisiones referentes a la asignación de recursos. Esta falta de persuasividad de parte del sector de salud da como resultado directo la asignación permanentemente baja de recursos a la salud en las Américas. Por lo tanto, la autoridad normativa debe tener los instrumentos necesarios para exponer un argumento a favor del valor decisivo de la salud y, a menos que ese argumento sea convincente, la Agenda de Salud no tendrá recursos adecuados y, por lo tanto, no cumplirá sus expectativas. Ahora tenemos los instrumentos que nos permiten exponer un argumento a favor de la función de la salud en el desarrollo humano, y las organizaciones que impulsan la Agenda de Salud tienen la responsabilidad de dotar a la autoridad normativa de esos instrumentos.

La autoridad normativa puede demostrar el beneficio que reportarán las intervenciones apropiadas en salud, al comparar intervenciones que tengan el mismo denominador; por ejemplo, el abandono del hábito de fumar se podría evaluar en lo que respecta al costo por año de vida ajustado en función de la discapacidad (AVAD) evitado o por otra medida de salud, de la misma forma que podría evaluarse la cirugía de revascularización coronaria, puesto que ambas emplearían el mismo denominador. Con el fin de comparar las intervenciones en salud con las realizadas en otros sectores, sin embargo, las autoridades normativas deben poder presentar datos que muestren el costo-beneficio relativo de la salud y de la actividad o del programa no relacionado con ella. Por ejemplo, ¿cómo podría una autoridad normativa en salud exponer un argumento para apoyar el control de las enfermedades no transmisibles ante argumentos competitivos para construir nuevos caminos?

Al hacer un vago llamamiento a la colaboración intersectorial que, en realidad, se necesita para abordar muchos de los componentes de la Agenda de Salud, la autoridad normativa a menudo está en la situación de mendicante en lugar de socio en igualdad de condiciones que busca el aporte de otros sectores a una polí-

tica pública saludable. Las enfermedades no transmisibles, destacadas en la Agenda de Salud, representan un excelente ejemplo de la necesidad de política pública saludable y de colaboración intersectorial. Los instrumentos para la prevención y el control primarios de muchas, si no de la mayoría, de estas enfermedades está fuera del sector de salud tradicional; por ejemplo, la aplicación de impuestos al tabaco, por lo general, no está en las manos de la autoridad normativa de salud y las soluciones a toda una gama de problemas de salud exigen modificaciones de las políticas sobre comercio y agricultura. La participación intersectorial en la promoción de la salud solo se puede lograr si se expone el argumento de que la salud tiene un valor que va más allá de lo intrínseco o constitutivo.

Recalcar la información como recurso clave. Es de importancia crítica prestar atención muy cuidadosa al acopio de datos apropiados y, a partir de ellos, a la generación de información. La necesidad de datos e información confrontará a la autoridad normativa a cada paso y, en realidad, el argumento a favor de la salud de la forma esbozada anteriormente solo puede exponerse a partir de datos fidedignos regularmente acopiados: el valor de los datos aumenta cuando se acopian en forma regular con cierta periodicidad establecida. Ahora existen pruebas del costo-eficacia de la información como intervención para asegurar los buenos resultados en salud. Todo llamamiento serio a acabar con las inequidades debe basarse primero en una demostración de las desigualdades y la autoridad normativa debe entender la diferencia entre estos dos conceptos. La Agenda de Salud recalca los determinantes de la salud y las inequidades en salud y pide a los gobiernos que los aborden. Con todo, cualquier programa satisfactorio para abordar la inequidad depende de una determinación previa de las desigualdades, su génesis y sus factores contribuyentes o de riesgo modificables. Un llamamiento a acabar con la desigualdad queda vacío sin la capacidad de acopiar los datos pertinentes y de vigilar los resultados de cualesquiera intervenciones que se apliquen a los factores de riesgo modificables. La autoridad normativa debe orientarse para entender la diferencia entre la equidad vertical y horizontal —es decir, tratar a todos por igual o concentrarse en los más necesitados— puesto que los enfoques correctivos son muy diferentes. En todo caso, cada enfoque depende de la existencia de un buen sistema de información para saber lo que “le sobreviene a la gente” y poder abordar ese conocimiento en consecuencia.

Establecer prioridades. Si se aborda cada problema al mismo tiempo y con el mismo grado de urgencia o prioridad, el resultado será el caos. Pronto será obvio para la autoridad normativa que el cambio ocurre solamente en respuesta a intervenciones específicas, de manera que debe quedar claro quién es responsable de introducir y vigilar esas intervenciones. Las intervenciones disponibles dentro del sector de salud para abordar los determinantes de la salud, disminuir las inequidades en salud y reducir el riesgo

y la carga de la enfermedad son de dos tipos —las que abordan problemas específicos y las que fortalecen el sistema de salud— y los enfoques para ambos tipos tienen su lugar dentro de la Agenda de Salud. Sin embargo, la autoridad normativa no debe dejarse llevar a una discusión inútil sobre la importancia relativa de abordar intervenciones específicas para determinadas enfermedades comparada con la de aplicar medidas para fortalecer el sistema de salud. El modelo de funciones esenciales de salud pública muestra claramente la necesidad de un doble enfoque.

Hoy en día se dispone de excelentes instrumentos para determinar las prioridades que deben abordarse en la prevención y el control de la enfermedad y la gobernanza del sistema de salud y, con ese fin, el análisis de costo-eficacia puede revestir importancia crítica. Como consecuencia, por ejemplo, la autoridad normativa podrá determinar los costos de oportunidad de dejar de utilizar una intervención eficaz en función de los costos para abordar un problema de enfermedad que afecte gravemente a la población. Además, será posible determinar qué intervenciones o programas son de tan bajo costo-eficacia que su uso y continuidad se debería examinar y justificar seriamente. Con todo, cabe recalcar que el análisis de costo-eficacia, a pesar de ser un instrumento esencial para la autoridad normativa, será apenas uno de los factores que deben tenerse en cuenta al escoger entre prioridades. Por desgracia, la autoridad normativa tendrá que enfrentar la realidad de que para algunas condiciones de salud de la población, como los problemas de salud mental, en la actualidad existen pocas intervenciones eficaces en función de los costos disponibles en el plano personal y que prácticamente no existen en el ámbito de la población.

Ser realistas y evitar la fantasía. La autoridad normativa a menudo deberá confrontar esquemas sumamente atractivos diseñados por personas muy bien intencionadas pero que no aprecian la naturaleza de las fuerzas sociales emergentes, como la globalización y la creciente desigualdad de poder y de los mercados. El campo de los recursos humanos y la fuerza laboral sanitaria es uno de ellos. En este campo tan crítico, es preciso tener una gran dosis de realismo en cuanto a varios asuntos, entre ellos, la migración. Ha llegado el momento de que la comunidad sanitaria se dé cuenta de que es imposible impedir que las personas se desplacen libremente; del mismo modo, es irreal pensar que los países desarrollados desistirán de importar trabajadores de salud adiestrados o que este tráfico se puede regular en el ámbito internacional. Más realista sería un enfoque que aborde los factores sobre los cuales tiene algún control la autoridad normativa. De manera similar, se necesita una buena dosis de realismo al confrontar las aspiraciones loables pero a menudo irreales que tienden a caracterizar las agendas de salud en general.

Ser paciente. En lo que se refiere a las perspectivas de cambio que deben tener en cuenta las autoridades normativas, les insto encarecidamente a tener paciencia, ya que los cambios que afec-

tarán la ejecución de la Agenda de Salud pueden ser incrementales y evolutivos más que repentinos. Con seguridad, un cambio importante radicará en el poder y la influencia crecientes de los actores del sector no gubernamental dentro y fuera del Estado; las autoridades normativas del campo de la salud pública tendrán que buscar activamente un *modus vivendi* con los demás actores estatales del ámbito no gubernamental. Ni el gobierno ni el sector público pueden realizar todas las actividades necesarias para la Agenda de Salud. La autoridad normativa del sector de salud necesitará bastante paciencia y aptitud de negociación para tratar con estos nuevos actores. Por último, la autoridad normativa también necesitará paciencia al interactuar con la arquitectura internacional cambiante dado el creciente número de organismos interesados en salud. La solución local está en que la autoridad normativa tenga la paciencia y el valor de insistir en la primacía del plan local y convenza a los demás de que cumplan con el mismo. La función directiva de la autoridad normativa en salud no se restringirá a ningún organismo determinado, más bien se ampliará a todos los actores en el campo de la salud en el ámbito nacional.

Para terminar, quisiera apenas agregar a esta serie de orientaciones la expresión de mis más fervientes esperanzas de que la Agenda de Salud tenga éxito, como se comprobará por la mejora mensurable de la salud de los pueblos de las Américas.

Dr. George Alleyne

Director Emérito, Oficina Sanitaria Panamericana

Enviado especial de las Naciones Unidas

sobre el VIH/SIDA en el Caribe

Rector, Universidad de las Indias Occidentales

Presidente, Comisión sobre Salud y Desarrollo en el Caribe

Comentarios de los Dres. Stephen Blount y Jay McAuliffe*

Un desafío fundamental para las autoridades normativas y decisorias nacionales en el campo de la salud encargadas de poner en práctica la Agenda de Salud para las Américas, 2008–2017, es transformar eficazmente las “áreas de acción” propuestas en acción real. Como punto de partida, cada país necesitará establecer su propio plan de implementación. También necesitará aplicar regularmente un instrumento de vigilancia objetivo, de uso fácil y transparente para cada área de acción, enfoque que documentará el *statu quo* al comienzo y el grado de progreso logrado anteriormente. Convendría emplear el mismo instrumento para motivar a las instituciones apropiadas a que tomaran las medidas continuas necesarias.

* Los autores agradecen el aporte hecho a este texto por varios colegas de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos.

TEMA RECURRENTE**Corregir las inequidades en salud y en el derecho a la salud**

Debemos enfocarnos en la cuestión esencial que constituye el sustrato de los problemas más inquietantes que enfrentan nuestros países: la imposibilidad que tiene casi la mitad de los habitantes de América Latina y el Caribe de usufruir de los beneficios del desarrollo humano y, por ende, su relegación a un grado de inequidad inaceptable.

—Paolo Buss

... Para todo lo relativo al desarrollo de la salud pública existe una condición conceptual que se basa en el acceso a la salud de toda la población, independientemente de su nivel económico, vínculo laboral, raza, ubicación en el territorio nacional u otros factores afines.

—Gustavo Kouri

Las autoridades normativas deberán asegurar que se preste la debida atención al logro de mayor equidad en salud en esos grupos de la población [afrodescendientes y poblaciones indígenas] para que sea comparable con la predominante en el resto de la población ... debemos recalcar la "cobertura" para indicar la necesidad de que los servicios de salud vayan más allá del "acceso" y generen demanda para asegurar la cobertura.

—Nils Arne Kastberg

La autoridad normativa debe orientarse para entender la diferencia entre la equidad vertical y horizontal —es decir, tratar a todos por igual o concentrarse en los más necesitados— puesto que los enfoques correctivos son muy diferentes. En todo caso, cada enfoque depende de la existencia de un buen sistema de información para saber lo que "le sobreviene a la gente" y poder abordar ese conocimiento en consecuencia.

—George Alleyne

Esa mayor desigualdad seguramente se producirá, a menos que se reexamine el marco regulador vigente para tener en cuenta la situación de los países con graves limitaciones de recursos, que desde ahora les impedirán acceder a los nuevos instrumentos diagnósticos y terapéuticos que traerá el futuro.

—Ricardo Uauy

La ejecución de la Agenda debe enfocarse en dos objetivos: (1) mejorar la salud y el bienestar de la gente; y (2) reducir las inequidades evitables en salud y en atención de salud al abordar los determinantes básicos y los requisitos en materia de salud.

—Muthu Subramanian

En lo que respecta a los esfuerzos para disminuir las inequidades en salud entre los países y al interior de los mismos, el UNIFEM concuerda enfáticamente con la distinción de la salud sexual y reproductiva hecha en la Agenda como cuestión prioritaria en las Américas.

—Marijke Velzeboer-Salcedo

Asuntos transversales. Los Ministerios de Salud deben buscar *compromiso y asociaciones* con otras organizaciones relacionadas con la salud en campos de interés parcialmente coincidente. Si bien los Ministerios de Salud están en las mejores condiciones de ejercer liderazgo en el sector de salud, es poco probable que posean todos los recursos necesarios para poder responder a cabalidad a todas las áreas de acción. Otros organismos públicos, instituciones académicas, organizaciones no gubernamentales y empresas en el sector privado pueden ayudar a los Ministerios de Salud en esos campos. Sin embargo, se requiere el compromiso del Ministerio de Salud para apoyar esas asociaciones, plena comprensión por la institución asociada de los resulta-

dos deseados y un compromiso para lograrlos, así como un conjunto de términos de colaboración acordados y bien establecidos.

Abordar los determinantes de la salud. Si bien el sector de salud tiene una capacidad limitada para abordar muchos determinantes de la salud, como la pobreza y la educación, los determinantes ambientales tienen un enorme efecto en la salud en muchos países en desarrollo y presentan oportunidades de modificación. Se debe instar a colaborar con otros sectores —abastecimiento de agua y saneamiento, educación, agricultura y reglamentación ambiental, para citar solo algunos— como medio de lograr *ambientes saludables*.

Aprovechar los conocimientos, la ciencia y la tecnología.

Para entender a cabalidad los problemas de salud que más necesitan abordarse y los métodos más eficaces para hacerlo, es preciso establecer una cultura institucional dentro del sector de salud pública que valore la información de alta calidad, exija esa clase de información y desarrolle la capacidad para generarla, es decir, la búsqueda de *la epidemiología y la investigación aplicadas*. Las autoridades normativas deben tener personal que pueda examinar las publicaciones de salud y traducir los resultados de las investigaciones más recientes en una guía apropiada para uso de las autoridades decisorias nacionales en la orientación de planes de programas y la ejecución de actividades de salud. El establecimiento de programas de capacitación epidemiológica sobre el terreno ha sido una estrategia exitosa para que los Ministerios de Salud puedan ampliar su capacidad de acopiar datos de alta calidad y transformarlos en información y conocimientos aplicados a las necesidades existentes en los programas. Estos programas han realizado investigaciones rápidas sobre brotes de enfermedad, que se necesitan para entender esas crisis y para definir las medidas más eficaces para controlarlas. Si bien la recopilación de estadísticas vitales y de datos de vigilancia ha sido por largo tiempo una función habitual de los Ministerios de Salud, la incorporación de la investigación operativa a su ejercicio es limitada y necesita ampliarse. Al embarcarse el sector de salud pública con mayor frecuencia en iniciativas para abordar las enfermedades no transmisibles, será importante establecer una base de pruebas fundada en sólidas investigaciones para el éxito de nuevas estrategias que busquen influir en los patrones de comportamiento relacionados con la salud de importancia crítica para los adelantos necesarios en ese campo. La investigación debe usarse para orientar la formulación de comunicaciones de salud y la comercialización de la misma y para evaluar los resultados logrados.

La planificación para la evaluación y el uso ampliado de *tecnologías* nuevas y eficaces en el sector de salud pública es crítica; entre los ejemplos cabe citar nuevas vacunas, estuches de diagnóstico rápido, sistemas de información geográfica e instrumentos de tecnología de información. Las autoridades decisorias del sector de salud pública deben mantenerse al corriente del desarrollo de nueva tecnología y ser innovadoras en la búsqueda de oportunidades para aplicarlas con miras a abordar con más eficacia los problemas de salud prioritarios.

Fortalecer la seguridad sanitaria. Para abordar las amenazas para la salud pública y las emergencias en ese campo, es crítico disponer de capacidad institucional para ejecutar con eficacia intervenciones en *comunicación de riesgos y movilización social*. Los principios para esas intervenciones y los métodos para realizarlas deben incorporarse a los planes de seguridad de la salud pública. Ya sea en respuesta a crisis resultantes de la influenza pandémica, brotes graves de etiología desconocida o desastres naturales, los países necesitan tener una capacidad esta-

blecida para realizar funciones de comunicación de riesgos y movilización social cuando llegue el momento.

En épocas de crisis, las *redes regionales* pueden atender importantes necesidades, y su desarrollo debería promoverse. La red de programas de capacitación en epidemiología sobre el terreno en América Central es un buen ejemplo: ha asistido a determinados países en su respuesta a desastres naturales de gran magnitud (por ejemplo, el reciente terremoto ocurrido en El Salvador), exposiciones tóxicas (por ejemplo, la experiencia en Panamá con medicamentos contaminados con dietilenglicol, DEG) y la necesidad de fortalecer la capacidad para responder a una pandemia de influenza.

Reducir los riesgos y la carga de enfermedad. La Agenda de Salud para las Américas reconoce debidamente la necesidad de ampliar los esfuerzos para concentrarse en las *enfermedades no transmisibles*. Es indispensable promover patrones de comportamiento y modos de vida saludables que contribuyan a la prevención de las enfermedades no transmisibles; el público debe avanzar de su actual etapa de concientización sobre las enfermedades no transmisibles a la etapa de acción que modifica los patrones de comportamiento. Los países deben fortalecer la investigación operativa y las directrices para la práctica de la comunicación para la salud y la comercialización de esta última que ayuden a identificar las necesidades y preferencias del público en materia de información, productos y recursos que apoyen la adopción de patrones de comportamiento más saludables. Es preciso adoptar un sistema de vigilancia regular de la prevalencia de los principales patrones de comportamiento arriesgado para evaluar la eficacia de las actividades de prevención.

Las autoridades normativas y decisorias necesitan hacer más hincapié en las *lesiones* como problema de salud pública y ampliar el enfoque sobre este concepto más allá de los “accidentes de tráfico”. Las estimaciones de la OMS para 2002 en América Latina y el Caribe muestran que las tasas de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) por lesiones representan típicamente de 10 a 20% del total de las tasas de AVAD. Se han formulado recomendaciones para los sistemas de vigilancia que proporcionarán datos descriptivos básicos sobre las lesiones y pueden llevar a descubrir oportunidades para intervenciones eficaces. La colaboración con otros sectores —como los de transporte y justicia— mejorará el acopio de datos y la formulación de intervenciones.

Se debe tener cuidado de velar por que no disminuya el compromiso existente para combatir las *enfermedades transmisibles*. En el caso de las enfermedades desatendidas como la oncocercosis y la filariasis linfática, que tienen programas de eliminación establecidos, es preciso reafirmar los compromisos de los países y consolidar sus esfuerzos para lograr este objetivo. Se deben divulgar ampliamente las estrategias exitosas, como la distribución en gran escala de ivermectina donada para el tratamiento de la fi-

lariasis linfática. Las enfermedades desatendidas que, por lo general, afectan a los segmentos más vulnerables o marginados de la población, merecen atención prioritaria para lograr mejor equidad en salud.

El éxito de los programas de *inmunización* en las Américas —la erradicación de la viruela y la poliomielitis, la eliminación del sarampión, las actividades en curso para la eliminación de la rubéola— sienta la base para la introducción de nuevas vacunas y la evolución de los programas de inmunización del niño a la familia. Las actividades de vacunación complementarias, como la Semana de Vacunación de la OPS en las Américas, deben apoyarse para reducir las inequidades y asegurar la protección para quienes carecen de acceso inmediato a la atención de salud. Cuando sea factible, se debe considerar la posibilidad de integrar otros servicios durante las campañas de inmunización.

Fortalecer la gestión y el desarrollo de los trabajadores de salud. Es preciso ampliar las aptitudes y los conocimientos de la *fuerza de trabajo* en salud pública y atención de salud para que la educación y la capacitación sean accesibles en medios donde haya limitaciones de recursos y de tiempo. Las nuevas formas de proporcionar información y capacitación basada en aptitudes a los trabajadores de salud en su lugar de residencia y de trabajo les permitirá permanecer en las comunidades donde más se les necesita. La expectativa de tecnologías ampliadas de información y comunicación, junto con otras innovaciones, desempeñará una función importante en el ofrecimiento de oportunidades de educación y capacitación en los campos de la salud individual y pública a una población más amplia.

La *capacitación en salud pública* debe estar en el centro de los esfuerzos hechos por mejorar la gestión de los sistemas de salud pública —particularmente en los nuevos campos programáticos— y las amenazas emergentes. Un objetivo prioritario para esa capacitación debe ser el apoyo prestado a los trabajadores dedicados a elaborar la base científica para nuevas intervenciones, que tienen la responsabilidad de administrar esos programas.

Stephen B. Blount, M.D., M.P.H.

Director, Oficina de Coordinación de la Salud Mundial

y

Jay McAuliffe, M.D., M.P.H.

Jefe Interino, Sección de Coordinación

Geográfica y Programática

División de Coordinación de Preparativos y Programas

Mundiales (propuesta)

Oficina de Coordinación de la Salud Mundial

de los

Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades

Departamento de Salud y Servicios Humanos

Estados Unidos de América

Atlanta, Georgia

Comentarios del Dr. Paolo Buss

Cualquier visión del futuro de la salud en las Américas no debe concentrarse exclusivamente en la búsqueda de perfeccionamiento de los sistemas de salud y la mejora de la calidad de los servicios de atención de salud. En el mejor de los casos, ese enfoque perpetuaría la situación regional de salud en su forma actual o tal vez en algún sistema que apenas sería un poco mejor. Debemos enfocarnos en la cuestión esencial que constituye el sustrato de los problemas más inquietantes que enfrentan nuestros países: la imposibilidad que tiene casi la mitad de los habitantes de América Latina y el Caribe de usufruir de los beneficios del desarrollo humano y, por ende, su relegación a un grado de inequidad inaceptable.

En América Latina y el Caribe, el progreso hacia la reducción de la pobreza ha procedido a un ritmo relativamente lento, en que ha transcurrido cerca de 60% del período propuesto (1990–2015) y, a duras penas, se ha logrado más de 30% de la reducción prevista. En el país de la Región que conozco mejor, el Brasil, el progreso ha sido mucho mayor, con el logro de casi 80% de la meta, gracias a eficaces proyectos sociales y a la expansión de la cobertura de los servicios de salud. Con todo, ese progreso se ha visto comprometido por la persistencia en el país de grandes desigualdades de ingreso, que debilitan los lazos de integración social y reducen los niveles de capital social y de participación política.

En ese contexto, y teniendo en cuenta los Objetivos de Desarrollo del Milenio, vale la pena señalar que, aunque tres de los ocho objetivos se relacionan con la salud, el primero de ellos es erradicar la extrema pobreza y el hambre, sin el cual es dudoso que se pueda progresar hacia el logro de los demás. Al reflexionar sobre esa asociación, la Organización Mundial de la Salud señaló recientemente el hecho de que los países más pobres del mundo tendrán dificultad en lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio y de que, en muchos de ellos, se observará un estancamiento del progreso, medido por los respectivos indicadores.

En decenios recientes, el enfoque en mejorar las condiciones de salud se ha centrado en la reforma del sistema de salud, con miras a enfrentar la deuda social y a buscar la posibilidad de ajustar los costos crecientes a las limitaciones impuestas por los sectores económicos. No obstante, es obvio que este enfoque exclusivamente sectorial no parece ser suficiente para alcanzar la universalidad, accesibilidad e inclusividad en salud a las que tiene derecho toda la población.

La crisis en el sector de salud no es necesariamente un reflejo de su fracaso irremediable o de su deterioro irreversible. Más bien, el problema radica en la dificultad para superar el *statu quo*, con dirigentes que se limitan a su perspectiva convencional y se resisten a la emergencia evolutiva de un nuevo espacio potencial. Al mismo tiempo, la globalización tiene importantes efectos desfavorables que restringen la libre determinación de políticas de los Estados-Naciones, lo cual lleva a una forma de colonialismo que subordina el desarrollo de nuestros países a la influencia de orientaciones y políticas foráneas.

Mientras tanto, desde un punto de vista más positivo, la incorporación progresiva del concepto de los determinantes sociales de la salud y el correspondiente aumento de las actividades de promoción de la salud darán más oportunidades para mejorar la calidad de vida de muchos grupos de la población en la Región. Entre los factores que más influyen en su salud está una amplia gama de condiciones sociales y económicas: pobreza, injusticia, falta de educación, falta de protección social, nutrición deficiente, exclusión y discriminación sociales, discriminación por razones de género, vivienda inadecuada, deterioro urbano, falta de agua potable, violencia y falta o deficiencia de los servicios de atención de salud. La reorientación política de la mayoría de los gobiernos de América del Sur debe ser más sensible a estos factores y podría llevar a introducir cambios favorables en esos campos.

En ese contexto, merecen mencionarse dos importantes iniciativas que podrían atenuar las condiciones desfavorables señaladas. Ambas se basan en una renovación del concepto de la salud como bien público —el objetivo de las políticas públicas elaboradas con la participación concertada de diferentes segmentos de la población— en contraste con el concepto de la salud como bien privado, producido en la forma de atención médica individual y gobernada por las reglas del mercado, un concepto que orientó a muchas reformas de salud realizadas en la Región, particularmente en los años noventa. La primera de esas iniciativas es la participación social que, a medida que se ha propagado por la Región, ha reforzado el valor del empoderamiento de la sociedad en su conjunto. La segunda iniciativa se concentra en el desarrollo de la coordinación intersectorial eficaz, como estrategia gubernamental para una acción más cohesiva y fuerte basada en un diálogo franco entre los sectores social y económico. Ambas iniciativas podrían contribuir a superar las restricciones sociales en América Latina y el Caribe, al abrir un nuevo enfoque hacia la gobernanza donde toda la sociedad, no apenas los poderes políticos que puedan existir, promueva el logro colectivo de soluciones en la búsqueda de objetivos comunes compartidos.

Permítame referirme de nuevo a las experiencias de mi país al citar ejemplos de intervenciones realizadas con éxito, aunque estoy seguro de que existen ejemplos similares, con resultados igualmente fructíferos, en otros países de América Latina y el Caribe. En el Brasil, la participación social ha logrado grandes progresos, gracias a una amplia red de Consejos Municipales de Salud que se han integrado en un esquema tripartito junto con las jurisdicciones estatales y nacionales. También ha sido eficaz el programa de salud de la familia, que hoy en día cubre a 60% de la población y que se destina a alcanzar a la mitad de la población restante a finales del presente decenio, y el programa de control de la infección por el VIH/sida, que ha recalado la prevención de la enfermedad, la producción y distribución gratuita de medicamentos disponibles a todos los pacientes y una vigilancia epidemiológica integral, enfoque adoptado en varios otros países. Por último, los programas de inmunización y de lactancia materna se han ampliado con excelentes resultados, lo mismo que

los bancos de leche humana, estrategia muy utilizada en todo el país.

En el ámbito internacional, en las cumbres regionales de integración, los países de América Latina y el Caribe pueden oponer resistencia a la gobernanza general y lograr, en un contexto de solidaridad regional, condiciones que apoyen las políticas locales; unir fuerzas para acabar con el proteccionismo de los países más poderosos; y cooperar entre ellos para lograr una mayor autosuficiencia para confrontar las exigencias del desarrollo humano en general y de la salud en particular. La convergencia de los intereses de la política exterior con los de la salud puede favorecer enormemente su desarrollo, como se ve en el ejemplo del Convenio Marco para la Lucha Antitabáquica; la ejecución del Reglamento Sanitario Internacional; la Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud; la probable adopción de la resolución de la OMS sobre los Derechos de Propiedad Intelectual; y el desarrollo de la ciencia y la tecnología en el campo de la salud.

En forma similar, en el plano internacional, la reciente promoción del Decenio de los recursos humanos en salud ha servido de catalizador importante para la ejecución, en las esferas internacional y nacional, de una serie de medidas destinadas a equilibrar el problema de la falta y la distribución deficiente de profesionales de salud, y a reorientar la preparación de esos profesionales para atender las necesidades reales de la población. Los frutos de esa iniciativa ya han comenzado a tener efecto en los programas que introducen nuevos contenidos teóricos en la formación académica, diversifican los campos de práctica de los estudiantes y promueven nuevas orientaciones pedagógicas. Sin duda alguna, estas experiencias, influirán en las acciones de salud en nuestra Región y alrededor del mundo. En ese aspecto también, es digno de mención el programa apoyado por el Banco Interamericano de Desarrollo para formar a una masa crítica de auxiliares de enfermería, una metodología de capacitación en gran escala que ha llevado a agregar 350.000 trabajadores al sistema de salud y que se piensa aplicar para la formación de técnicos de nivel intermedio.

A medida que estas iniciativas procedan a un ritmo acelerado, seguiremos viviendo con varios problemas, puesto que la Región todavía pasa por un período de transición epidemiológica caracterizado por la coexistencia de los problemas del subdesarrollo con los del mundo desarrollado.

De todo esto se desprende que seguiremos dependiendo de las grandes compañías farmacéuticas para la adquisición de una amplia variedad de medicamentos y suministros porque no contamos con el debido desarrollo en investigación y tecnología que nos permitiría alcanzar cierta independencia, en la producción no solo de los medicamentos existentes sino también de algunos nuevos para poder acompañar con autonomía los avances de la ciencia. La escasa importancia que asignan los países a la coordinación intersectorial significa que en la mayoría de ellos el sector de salud no puede influir en el desarrollo tecnológico.

Seguiremos enfrentando crecientes problemas resultantes del calentamiento de la Tierra, particularmente en el Caribe y Amé-

rica Central, aunque los efectos de este fenómeno se propagan a otras zonas. No obstante, es poco lo que podemos hacer fuera de reconocer que la causa del calentamiento de la Tierra emana de la degradación ambiental no en nuestros países sino en el mundo desarrollado. No menos importante es la creciente amenaza de la violencia urbana en América Latina y el Caribe causada predominantemente por el narcotráfico y los accidentes, problemas que han alcanzado proporciones alarmantes en algunos países.

Mientras tanto, seguiremos firmes en nuestro compromiso de eliminar las influencias desfavorables para la salud de nuestras poblaciones y combatir la pobreza, la exclusión social, la violencia y la degradación ambiental. Asimismo seguiremos empeñados en un esfuerzo conjugado multisectorial y una mayor participación social, con la esperanza de lograr un futuro mejor para América Latina y el Caribe, con más salud y mejor calidad de vida.

Dr. Paolo Buss
Presidente
Fundación Oswaldo Cruz
Río de Janeiro, Brasil

Comentarios del Dr. Nils Arne Kastberg

El UNICEF está satisfecho con esta Agenda de Salud para las Américas, con su alineación con los objetivos de la Declaración del Milenio y con su sólido enfoque en los valores referentes a los derechos humanos, la universalidad, el acceso y la inclusión; en la solidaridad panamericana; en la equidad en salud; y en la participación. El UNICEF acoge con particular satisfacción las importantes referencias a los niños y adolescentes en la Agenda. Consideramos que el trabajo de los Ministerios de Salud y de la Organización Panamericana de la Salud es de fundamental importancia para el bienestar de los niños y sus madres en la Región. Dentro de esta perspectiva general favorable, quisiéramos ofrecer la siguiente orientación complementaria a la proporcionada en la Estrategia de Salud a las autoridades normativas y decisorias que tendrán a cargo la ejecución de esta Agenda.

Hacer de los Objetivos de Desarrollo del Milenio una realidad en el nivel local para abordar las disparidades en materia de salud. La Agenda de Salud subraya la importancia de la alineación con la Declaración del Milenio y recalca las desigualdades que deben abordarse. Por lo tanto, será importante establecer puntos de referencia y vigilar el progreso alcanzado hacia el logro de los ODM, no apenas como promedios nacionales sino como expresiones de la realidad en el nivel local. La importancia de formular medidas que desagreguen datos con el fin de que los servicios de salud pública puedan vigilar el progreso y los resultados de los ODM en el nivel local está bien ilustrada por el ejemplo dado en la Agenda, a efectos de que 40% de los municipios de América Latina y del Caribe no alcanzan la meta de inmunización que consiste en vacunar regularmente a 95% de los niños

menores de 1 año de edad. La desagregación de datos podría ayudar a los Ministerios de Salud a abogar más enérgicamente por la disponibilidad de recursos para fortalecer los servicios de salud en las regiones donde los resultados de salud sean más débiles.

Proporcionar el “contexto de la gente”. Las autoridades normativas y decisorias del sector de salud deberán prestar particular atención al “contexto de la gente” para poder fortalecer el empeño puesto en la prevención de las tendencias poco saludables. Entre otras consideraciones fundamentales de la geografía humana cabe citar las siguientes: el número de embarazos y de niños nacidos, el alto número de embarazos de adolescentes, el número y porcentaje de niños que sufren de desnutrición crónica y así sucesivamente.

Abordar la violencia. Será importante dar especial consideración a la participación de la salud en la detección temprana de la violencia intrafamiliar y al drama que enfrentan los servicios de salud en su interacción con otros servicios del Estado que tienen la responsabilidad de proteger a las mujeres y a los niños, pero que no la cumplen. El vínculo entre la violencia, el abuso sexual y el incesto se comprueba por la asombrosa cifra que indica que actualmente 20% de los embarazos —casi todos indeseados— ocurren en adolescentes. Ha sido decisivo el aporte de la OPS y la OMS al Estudio de las Naciones Unidas sobre la violencia contra los niños presentado a la Asamblea General el 11 de octubre de 2006. En ese estudio se estima que en América Latina y el Caribe mueren cada año 80.000 personas menores de 18 años como resultado de la violencia intrafamiliar. Es de importancia crítica seguir prestando atención a la notificación de esos casos, a las medidas de seguimiento que necesitan tomar los servicios distintos de los de salud, y a la traumática situación que representa para el personal de salud tener que presenciar eso día tras día, a menudo sin asistencia de otros servicios sectoriales. Con frecuencia cada vez mayor en ciertos medios urbanos de la Región, la principal causa de hospitalización de adolescentes son las lesiones causadas por la violencia. Las autoridades normativas y decisorias deben asegurarse de que la violencia de esta naturaleza, observada durante el trabajo cotidiano de los servicios de salud, se capte y vigile sistemáticamente y que se tomen las medidas de seguimiento necesarias.

Tendencias en las respuestas del sistema de salud: movilización para la promoción de la salud. Las autoridades normativas se beneficiarían del conocimiento de los ejemplos de los países de la Región donde la promoción de la salud ha tenido éxito. La oficina del UNICEF en el Brasil considera que los 27.000 equipos de promoción de la salud en ese país cubren a unos 70 millones de personas: un excelente ejemplo de movilización en pro de la salud. La Campaña de Vacunación de las Américas promovida por la OPS y apoyada por el UNICEF es otro ejemplo de movilización para la prevención de las enfermedades que ha

cubierto a un sinnúmero de personas hasta ahora desatendidas. Se podría conseguir la participación de los jóvenes en las actividades de promoción de la salud, como otra estrategia para transmitir mensajes que recalquen más los servicios preventivos en lugar de los curativos.

Los afrodescendientes y las poblaciones indígenas en América Latina. En relación con el promedio de la población, los afrodescendientes en América Latina, que representan unos 150 millones de personas, enfrentan diferencias en los indicadores de salud que son similares a las observadas en las poblaciones indígenas, cuyo número asciende a cerca de 40 a 50 millones de personas. Las autoridades normativas deberán asegurar que se preste la debida atención al logro de mayor equidad en salud en esos grupos de la población para que sea comparable con la predominante en el resto de la población.

La desnutrición crónica y la madre joven. La desnutrición crónica no es parte de los 48 indicadores de los ODM en el ODM 1b, Hambre. Por medio del trabajo interinstitucional de las Naciones Unidas y del informe conjunto presentado por las Naciones Unidas a las Américas en 2005 sobre los ODM, coordinado por la CEPAL, el Equipo de Directores Regionales de las Naciones Unidas en América Latina y el Caribe llegó a la conclusión de que el indicador de desnutrición crónica era el más pertinente para que nuestra Región midiera el progreso con respecto al ODM 1b. Por lo tanto, al ejecutar la Estrategia de Salud para las Américas, el UNICEF recomendaría que se prestara particular atención a este asunto. Consideramos que el mayor enfoque en la madre adolescente—particularmente durante los nueve meses anteriores al nacimiento y los 9 a 36 meses posteriores al mismo—reviste importancia crítica para varias medidas importantes de promoción de la salud, detección temprana y prevención de problemas de salud. Conviene que las autoridades normativas aborden este asunto, apoyen los programas nacionales en marcha que se concentren en la erradicación de la desnutrición crónica y busquen una acción nacional intersectorial, incluso acceso a agua potable y saneamiento en las zonas rurales, ya que en muchos países una gran parte de la población rural todavía carece de acceso a esos servicios. Al llegar el año 2017, la desnutrición crónica deberá haberse erradicado de las Américas.

Sugerencias específicas. En lo que respecta a la infección por el VIH/sida es importante recalcar la feminización de la pandemia en muchos países, la transmisión a las mujeres jóvenes, la necesidad de lograr acceso y cobertura universales en la Región, incluso por medio de la solidaridad panamericana, y la necesidad de reducir la transmisión de la madre al niño a un valor tan cercano a cero como sea posible. Con respecto a la participación de la comunidad en los servicios de salud, como ya lo ha indicado tan apropiadamente la Directora de la OPS en muchas ocasiones, debemos recalcar la “cobertura” para indicar la necesidad de que

los servicios de salud vayan más allá del “acceso” y generen demanda para asegurar la cobertura. El tema de la solidaridad panamericana sugiere que, además de la colaboración en el logro de objetivos comunes, es importante que los países reconozcan la cuestión del acceso a la salud más allá de las fronteras, la dotación de personal de salud más allá de las fronteras y el aumento de la colaboración de sur a sur más allá de las Américas.

De nuevo, el UNICEF desea felicitar a la OPS por proponer esta Agenda y seguirá siendo un socio muy cercano en la movilización de la sociedad para lograr un mejor estado de salud en las Américas.

Dr. Nils Arne Kastberg
Director Regional

Oficina Regional para América Latina y el Caribe
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

Comentarios del Dr. Gustavo Kourí

La Agenda de Salud para las Américas, 2008–2017, establece un sentido de movimiento hacia adelante para la salud en todo el Continente. Al contemplar el futuro de la salud en la Región, es útil considerar el ejemplo de Cuba, donde para todo lo relativo al desarrollo de la salud pública existe una condición conceptual que se basa en el acceso a la salud de toda la población, independientemente de su nivel económico, vínculo laboral, raza, ubicación en el territorio nacional u otros factores afines. De hecho, un sistema de salud pública debe ser accesible, universal y gratuito y constituir una fuerza para la solidaridad. La voluntad política, sin la cual no se puede lograr nada, es decisiva para alcanzar estas condiciones.

Al mismo tiempo, en el sistema de salud pública deben existir servicios de excelencia que permitan hacer los estudios necesarios de alto nivel y costo a los pacientes. Habitualmente, la calidad de los servicios de salud pública es muy baja y solo en los servicios privados se pueden hacer determinados estudios.

La salud pública se basa en un principio preventivo y no curativo. El sector privado exige muchos pacientes para hacer negocio; por tanto, es curativo y si no tiene pacientes, colapsa. Como puede comprobarse a partir de la Agenda de Salud para las Américas, el problema es complejo. Las modificaciones del sector de salud han sido un fracaso en las Américas y los pocos sistemas públicos que existían se han privatizado.

Cuba tiene un sistema único en las Américas y posiblemente en el mundo. Además de tener los indicadores de salud de un país desarrollado, presta ayuda solidaria a más de 70 países, donde más de 30.000 de sus trabajadores de salud ayudan a los grupos de la población más necesitada. El principio básico del sistema de salud de Cuba es no dar lo que le sobra sino compartir lo que tiene.

Además, puesto que muchos países están elaborando planes de salud integrales que incluyen aspectos de desarrollo del capital humano para la salud, Cuba, en demostración de su solidari-

dad con otros países, ha establecido la Escuela Latinoamericana de Medicina (ELAM), que prepara a miles de estudiantes de América Latina, otros continentes y aun los Estados Unidos de América. Según líneas similares de solidaridad, el país trabaja con otros para enfrentar epidemias, como ha sucedido en los casos de colaboración más reciente, sobre todo en el control de la malaria en Gambia y Jamaica.

En su compromiso con el desarrollo científico y tecnológico, Cuba ha producido varias vacunas, tales como la vacuna contra la meningitis B, que es la primera en el mundo contra este grupo de meningococos; la vacuna contra la hepatitis B, que ha tenido un gran efecto en la salud pública nacional; la vacuna DPT, que actualmente no es de interés comercial; la primera vacuna sintética elaborada en el mundo contra *Haemophilus influenzae* b; y otras vacunas usadas en el sistema de salud nacional y que han determinado que las enfermedades inmunoprevenibles tengan poco efecto en la morbilidad y mortalidad en el país, donde la población está inmunizada contra 13 enfermedades. Hasta se ha preparado una vacuna contra el cólera, una enfermedad que no existe en Cuba, pero que representa una amenaza para la salud pública en otros países, donde se ha facilitado esa vacuna.

Cuba ha hecho importantes aportes a la comprensión científica de la poliomielitis, el dengue, la infección por el VIH/sida, la tuberculosis y otras enfermedades transmisibles.

En resumen, estos adelantos se han logrado porque la salud se considera un derecho humano, una responsabilidad total y absoluta del Estado, y no se contempla como un negocio. Además, la salud debe ir acompañada del desarrollo de la ciencia y de la educación universal y gratuita, pues la salud y la educación van juntas.

Dr. Gustavo Kourí
Instituto “Pedro Kourí”
La Habana, Cuba

Comentarios de la Dra. Sylvie Stachenko

Dado lo que sabe sobre los determinantes básicos de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, y dada la clara relación existente entre la salud y el desarrollo económico y humano, las siguientes son tres orientaciones de alto nivel para la Agenda de Salud de las Américas, 2008–2017:

1. La inversión en salud en el ámbito de la población implica el compromiso de los sectores de salud, los sectores externos a éste y las entidades públicas y privadas en relaciones de colaboración.
2. La salud de las poblaciones y el sistema de salud son bienes nacionales que sirven y apuntalan a otros sectores; la inversión en salud en el nivel de la población y entre las personas puede dar rendimientos de la inversión que contribuyen al logro de las metas de política económica dentro de

los países y en el ámbito subregional en las Américas, particularmente cuando las inversiones se concentran en poblaciones que experimentan relativa inequidad en su estado de salud.

3. El trato con la industria mundial, cuyos productos y prácticas pueden comprometer la salud de la población, exige instrumentos mundiales de protección de la salud.

Hay pruebas fehacientes de que las inversiones estratégicas y coordinadas por varios sectores externos al de la salud, que obran dentro de sus campos tradicionales, permiten alcanzar las metas de salud y, al mismo tiempo, las respectivas metas de los sectores externos al de la salud, lo que se traduce en protección y mejora de la salud de las poblaciones.

En cuanto a propuestas de cambio, los enfoques gubernamentales que abarcan la totalidad del gobierno con los correspondientes mecanismos de gobernanza de nivel ejecutivo, que también abarcan la totalidad del gobierno, para coordinar la acción referente a los factores básicos de la salud son los medios que convierten a la salud de las poblaciones y al desarrollo humano en una responsabilidad de varios sectores públicos. Las autoridades normativas y decisorias en el sector de salud necesitan buscar oportunidades para hacer participar a sus homólogos nacionales en otros sectores públicos, en primer lugar, con el fin de concientizar a los sectores externos al de la salud de la responsabilidad de prevenir la enfermedad y promover la salud y, en segundo lugar, de inculcarles esa responsabilidad.

Dentro de los mecanismos de coordinación que abarcan la totalidad del gobierno, es preciso elevar la función de los profesionales de salud pública como administradores transectoriales de las necesidades de salud de la población, con un aumento correspondiente del gasto público para los componentes de población y salud pública de los sistemas de salud, y una comprensión de que las propuestas de política de los sectores externos al de la salud se deben evaluar en cuanto a su efecto potencial en el estado de salud y en los determinantes básicos de las enfermedades y las disparidades en materia de salud.

Dada la naturaleza mundial de ciertas industrias cuyos productos y prácticas se sabe que contribuyen a la enfermedad o que son causa de ella, y dado que los países de las Américas tienen a la mano capacidades y formas de apoyo notablemente distintas, si existen, para ejercer influencia en estas industrias mundiales de las que puede depender su población, se necesitan iniciativas e instrumentos transnacionales y subregionales para cambiar las prácticas de la industria para el beneficio simultáneo de las poblaciones de varios países.

Las autoridades normativas y decisorias en el campo de la salud pública necesitan unirse a sus homólogos en otros países con el fin de emplear su voz colectiva para llamar la atención hacia sus problemas comunes y aprovechar un grado de apoyo más amplio del público en general y de los organismos nacionales e internacionales, las organizaciones no gubernamentales y

los sectores solidarios externos al de la salud con miras a crear la masa crítica de presión pública y política para que determinadas industrias mundiales cambien sus prácticas y productos, a tal punto que las poblaciones estén protegidas y, donde sea posible, se alcancen simultáneamente las metas empresariales, con lo que se crean situaciones de mutuo beneficio.

Dra. Sylvie Stachenko
Jefe Adjunta de Salud Pública y
Directora, Centro Colaborador de la OMS en
Políticas sobre Enfermedades Crónicas no Transmisibles
Organismo de Salud Pública del Canadá
Ottawa, Ontario

Comentarios del Dr. Muthu Subramanian

En los tres últimos decenios, desde que se lanzó en 1977 la Estrategia mundial de salud para todos en el año 2000, la Región de las Américas ha logrado un progreso importante hacia la mejora de la salud de la población en todos los países del Continente. Con la atención primaria de salud (APS) como fundamento, se han reducido las desigualdades en el nivel de salud entre los países y al interior de los mismos y ha aumentado el acceso a todos los elementos de la APS, aunque el ritmo de ese progreso no ha sido uniforme entre los países ni entre los grupos de población dentro de ellos. El enfoque histórico en la mortalidad para reflejar el estado de salud y los logros en materia de política sanitaria han llevado a la asignación de poca prioridad a las enfermedades que no son potencialmente mortales. Como consecuencia de ello, los adelantos logrados en la esperanza de vida han ido acompañados, en gran medida, de una mayor incidencia de enfermedad y discapacidad; es decir, que la esperanza de vida en la Región ha aumentado mucho más rápido que la “esperanza de vida sana”, concepto que se entiende como el número de años que se puede esperar que viva una persona con buena salud. En términos generales, los principios básicos de la Estrategia Mundial y del enfoque en la atención primaria de salud han comprobado su pertinencia y validez en la mejora de la salud de la población y la reducción de las disparidades en los niveles de salud, aunque su efecto real no ha alcanzado su potencial. La experiencia colectiva obtenida con la ejecución de la estrategia y la aplicación del enfoque de la APS para lograr mejor salud para todos ha contribuido a los aspectos conceptuales y operativos del ejercicio de la salud pública en los niveles nacional, regional y mundial. Han surgido preocupaciones por las crecientes disparidades —fuentes comunes de tensión y disturbios sociales— en el estado de salud y el acceso a la atención de salud dentro de los países y con la brecha entre los valores de la esperanza de vida y de la esperanza de vida sana. En ese contexto, la ejecución eficaz de la Agenda de Salud para las Américas, 2008–2017, debe asegurar que el aumento del período de vida de las personas vaya acompañado de años adicionales sin sufrimiento, dolor y discapaci-

dad, con lo que se hace que la vida prolongada sea un premio y no un castigo.

Orientación para la ejecución de la Agenda. Para lograr los resultados de salud establecidos en la Agenda de Salud, la orientación de las autoridades normativas y decisorias debe dejar de acentuar la atención de salud: el enfoque debe centrarse en dar a todos los pueblos de la Región un sentido favorable de salud y permitirles que hagan pleno uso de sus capacidades físicas, mentales y emocionales y, a partir de esa base, escoger prioridades y asignar recursos. Este cambio de enfoque será fuente de inspiración para que las personas piensen con nuevas ideas, emprendan nuevas iniciativas y trabajen juntas de formas innovadoras. Exigirá una compensación de factores entre el aumento de la esperanza de vida —por medio de estrategias de reducción de la mortalidad— y el aumento de los años de vida sana, no solamente con mayores posibilidades de supervivencia sino también con la prevención de la morbilidad prematura y la discapacidad evitables con formas de vida sana y la eliminación o reducción de los riesgos prevenibles para la salud entre las personas y en el medio ambiente.

La ejecución de la Agenda debe enfocarse en dos objetivos:

1. Mejorar la salud y el bienestar de la gente y
2. Reducir las inequidades evitables en salud y en atención de salud al abordar los determinantes básicos y los requisitos en materia de salud.

Además, para lograr y mantener un estado de salud favorable para todos los pueblos de la Región, se necesitará una acción sostenida para lo siguiente:

- Agregar años a la vida aumentando la esperanza de vida y reduciendo la muerte prematura.
- Agregar vida a los años aumentando los años vividos sin enfermedad, reduciendo en gran parte o a un mínimo los efectos adversos de la enfermedad y la discapacidad y mejorando la calidad de vida por medio de modos de vida saludables así como de medios físicos y sociales saludables.
- Agregar salud a la vida mediante la reducción de la enfermedad y la discapacidad.

En la ejecución del enfoque de la Agenda en los modos de vida, el medio ambiente y la atención de salud por las autoridades normativas y decisorias, ellas deberán asegurar la participación de todos los niveles de la sociedad y la extensión a todos los socios y sectores que puedan influir en la salud.

Cambio de escenarios y desafíos resultantes. El desarrollo de la salud prospera en un ambiente que reconoce los innumerables beneficios de salud que reporta el progreso socioeconómico y es conducente y receptivo a que la acción en salud actual o fu-

TEMA RECURRENTE**Promover la colaboración intersectorial y la cooperación internacional en salud**

Las autoridades normativas y decisorias en el campo de la salud pública necesitan unirse a sus homólogos en otros países con el fin de emplear su voz colectiva para llamar la atención hacia sus problemas comunes y aprovechar un grado de apoyo más amplio del público en general y de los organismos nacionales e internacionales, las organizaciones no gubernamentales y los sectores solidarios externos al de la salud con miras a crear la masa crítica de presión pública y política para que determinadas industrias mundiales cambien sus prácticas y productos, a tal punto que las poblaciones estén protegidas y, donde sea posible, se alcancen simultáneamente las metas empresariales, con lo que se crean situaciones de mutuo beneficio.

—*Sylvie Stachenko*

Con seguridad, un cambio importante radicará en el poder y la influencia crecientes de los actores no gubernamentales dentro y fuera del Estado; las autoridades normativas del campo de la salud pública tendrán que buscar activamente un *modus vivendi* con los demás actores estatales del ámbito no gubernamental. Ni el gobierno ni el sector público pueden realizar todas las actividades necesarias para la Agenda de Salud. La autoridad normativa del sector de salud necesitará bastante paciencia y aptitud de negociación para tratar con esos nuevos actores. . . . La participación intersectorial en la promoción de la salud solo se puede lograr si se expone el argumento de que la salud tiene un valor que va más allá de lo intrínseco o constitutivo.

—*George Alleyne*

Es obvio que... [un] enfoque exclusivamente sectorial no parece ser suficiente para alcanzar la universalidad, accesibilidad e inclusión en salud a las que tiene derecho toda la población. . . . La convergencia de la política exterior con la salud puede favorecer enormemente su desarrollo. . . . Asimismo, seguiremos empeñados en un esfuerzo conjugado multisectorial y una mayor participación social, con la esperanza de lograr un futuro mejor para América Latina y el Caribe, con más salud y mejor calidad de vida.

—*Paolo Buss*

Si bien los Ministerios de Salud están en las mejores condiciones de ejercer liderazgo en el sector de salud, es poco probable que posean todos los recursos necesarios para poder responder a cabalidad a todas las áreas de acción. Otros organismos públicos, instituciones académicas, organizaciones no gubernamentales y empresas en el sector privado pueden ayudar a los Ministerios de Salud en esos campos. . . . En épocas de crisis, las redes regionales pueden atender importantes necesidades, y su desarrollo debería promoverse.

—*Stephen Blount y Jay McAuliffe*

El tema de la solidaridad panamericana sugiere que, además de la colaboración en el logro de objetivos comunes, es importante que los países reconozcan la cuestión del acceso a la salud más allá de las fronteras, la dotación de personal de salud más allá de las fronteras y el aumento de la colaboración de sur a sur más allá de las Américas.

—*Nils Arne Kastberg*

El desarrollo de la salud prospera en un ambiente que reconoce los innumerables beneficios de salud que reporta el progreso socioeconómico y es conducente y receptivo a que la acción en salud actual o futura sea parte integral de las funciones y actividades de los sectores social y económico. . . . Los ejecutores de la Agenda de Salud deben abordar la necesidad de intensificar la identificación con los desafíos para la salud y el medio ambiente y asegurar la concientización con respecto a esos desafíos por parte de los profesionales en ejercicio de disciplinas generalmente menos informadas sobre las cuestiones de salud, como los arquitectos, constructores y urbanizadores.

—*Muthu Subramanian*

Todos los interesados directos en la salud del Continente deben aprovechar la voluntad política en pro de la salud expresada en repetidas ocasiones en innumerables cumbres presidenciales. . . . Es probable que la colectividad formada por los miembros de la OPS pueda contribuir mejor al formar asociaciones estratégicas con otras organizaciones regionales o internacionales que funcionan en las Américas.

—*Ricardo Uauy*

Las autoridades decisorias [deberían] tomar conciencia del importante trabajo realizado entre varios sectores, instituciones y los organismos de las Naciones Unidas, como la colaboración interinstitucional particularmente exitosa de la OPS con el UNIFEM en los niveles regional, subregional y de país.

—*Marijke Velzeboer-Salcedo*

tura sea parte integral de las funciones y actividades de los sectores social y económico. A diferencia de los decenios de 1980 y 1990 caracterizados por perturbaciones políticas y económicas, el siglo XXI ha comenzado con un ambiente favorable para el desarrollo de la salud en la Región, como se describe sinópticamente en los párrafos siguientes.

Ambiente de los sistemas de salud. La regionalización de la paz está cobrando impulso: no ha habido grandes guerras ni conflictos entre los países en la Región en este decenio pasado. Ha comenzado a surgir un nuevo panorama político, más caracterizado por la *democracia*, particularmente en América Latina: el año 2006 demostró ser un año de grandes transformaciones políticas con el surgimiento de dirigentes democráticamente elegidos en varios países latinoamericanos. Se presta mayor atención a reforzar la integración regional y a consolidar las instituciones democráticas. Se recalca cada vez más el gasto social y el logro de justicia social, lo que debe mejorar la participación popular en el desarrollo, particularmente en actividades destinadas a mejorar la salud y el bienestar.

La comunidad mundial reconoce con frecuencia cada vez mayor que la acción nacional para mejorar la salud de la población tiene beneficios mundiales. La Iniciativa sobre Salud Mundial y Política Exterior lanzada en 2006 se destina a ampliar el alcance de la *política exterior* para incluir a la salud; también se ha esbozado un conjunto de acciones para elevar la prioridad de la salud en la política exterior en la Agenda para la Acción (Declaración Ministerial de Oslo). Estas iniciativas son un buen augurio para una ejecución sin contratiempos de la Agenda de Salud para las Américas.

En América Latina y el Caribe, el *crecimiento económico* ha sido sólido en los últimos años y se puede esperar que continúe, aunque tal vez a un ritmo más lento. La demanda nacional se ha convertido en un gran impulsor de ese desarrollo y las economías de los países parecen estar menos restringidas por los caprichos de la demanda externa. Las brechas en las tasas de crecimiento entre los países se han reducido últimamente, lo cual ha dado como resultado un crecimiento de base amplia en toda la Región. Un mayor crecimiento económico va acompañado de menor *desempleo*, que ha alcanzado su mínimo nivel desde mediados del decenio de 1990. Al mismo tiempo, el mal estado de salud de las personas empleadas se reconoce cada vez más como un importante factor contribuyente a una productividad laboral subóptima. Con la reducción de la inflación, el *salario real* también ha venido aumentando.

En lo que respecta al *alfabetismo*, más de 90% de los adultos mayores de 15 años de edad en América Latina y el Caribe saben leer y escribir y la brecha entre los géneros se ha reducido; más de 96% de los adultos jóvenes (de 15 a 24 años) saben leer y escribir. Estos jóvenes alfabetizados hacen ahora la transición hacia la edad adulta en un mundo de cambios rápidos con tecnología emergente en los campos de información y comunicación que reforma su vida y su comportamiento. Un punto de enfoque priori-

tario para los ejecutores de la Agenda debe estar en permitir que estos jóvenes observen un comportamiento sano y asegurarse de que lo hagan y lo mantengan con el tiempo.

La *matrícula* escolar preprimaria se ha convertido en la norma en las Américas. Con el fin de no separar el “cuidado” de la “educación”, se han hecho intensos esfuerzos, como el de la Atención y Educación en la Primera Infancia (AEPI) para ampliar y mejorar la base de la primera infancia, incluso la buena salud, la higiene, la nutrición y un ambiente sano y acogedor que apoye el bienestar cognoscitivo y socioemocional de los niños. Una gran dificultad para la Agenda de Salud será aprovechar esa sinergia entre la educación y la salud para realizar acciones de salud que permitan que los niños y los jóvenes sigan en un continuo armonioso de salud a medida que se desarrollen y prosperen como adultos sanos.

La *salud del medio ambiente* —centrada en la disponibilidad de alimentos más sanos, agua limpia y un medio ambiente sano— demostró ser un enorme factor contribuyente al mejoramiento de la salud en el siglo XX. En fecha más reciente, la salud ha mejorado también a través de iniciativas que se concentran en la salud ambiental de los niños y en “los ambientes construidos” —ambientes artificiales que proporcionan un lugar para la actividad humana, que va desde medios cívicos en gran escala hasta lugares personales— enfocadas no tanto en viviendas urbanas sino en comunidades fragmentadas y de crecimiento desordenado que fomentan la dependencia del automóvil, la inactividad, la obesidad, la soledad, el consumo de recursos y de combustibles fósiles y, por supuesto, la contaminación ambiental. Los ejecutores de la Agenda de Salud deben abordar la necesidad de intensificar la identificación con los desafíos para la salud y el medio ambiente y asegurar la concientización con respecto a esos desafíos por parte de los profesionales en ejercicio de disciplinas generalmente menos informadas sobre las cuestiones de salud, como los arquitectos, constructores y urbanizadores; además, con el envejecimiento de la población, muchos de cuyos miembros vivirán hasta pasados los 80 y los 90 años, esos profesionales deben tener conciencia de las necesidades en materia de diseño de viviendas que tienen los ancianos. Además, más allá de las preocupaciones tradicionales por el agua limpia, se debe dirigir la atención hacia el control de los “contaminantes emergentes”, como los residuos de productos farmacéuticos y de higiene personal que llegan a los ríos provenientes de las plantas de tratamiento de aguas negras y por lixiviación proveniente de sistemas sépticos al agua subterránea, y que posiblemente causan daño a los seres humanos.

El cuadro del progreso alcanzado hasta 2006 en cuanto al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio muestra que las Américas han cumplido, o están próximas a cumplir, las metas fijadas para 2015 con respecto a la mayoría de los ODM, con excepción de las referentes al desempleo de los jóvenes y a la deforestación; sin embargo, existen disparidades en los niveles de logro dentro de la Región. La pobreza persistente parece haberse fragmentado y tanto el número como el porcentaje de la población total de pobres se han reducido apreciablemente en las Amé-

ricas. La Organización Panamericana de la Salud ha designado a cinco países de la Región para recibir apoyo urgente e intensificado, debido a la naturaleza intolerable de su situación de salud, nivel de pobreza y endeudamiento. En 2006, el Banco Interamericano de Desarrollo accedió a proporcionar recursos complementarios para cumplir con los ODM, de conformidad con un conjunto de medidas de alivio de la deuda. La Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo (UNCTAD) ha destacado una iniciativa de “capacidad productiva” que escoge a la salud como un elemento crucial de la estrategia de reducción de la pobreza en los países menos desarrollados, como Haití.

Las autoridades normativas y decisorias encargadas de ejecutar la Agenda de Salud para las Américas en el decenio venidero deben aprovechar la ventaja estratégica que ofrecen muchos de estos sucesos favorables.

Sistemas de atención de salud. Los cambios en la *población* de las Américas tendrán importantes repercusiones para la planificación y capacitación de recursos humanos para la salud. Por una parte, la población anciana de América del Norte aumentará y, en los alrededores del año 2015, será mayor que la población infantil; sin embargo, la población laboral seguirá creciendo. Por otra parte, en América Latina y el Caribe la población infantil se ha reducido y se espera que disminuya por debajo del nivel de la población anciana en los alrededores del año 2040, fecha aproximada en la cual la población en edad de trabajar dejará de crecer. Esa transformación en el perfil de la población exigirá un equilibrio de los recursos humanos para la salud con el fin de abordar la carga cambiante de la atención de salud en que disminuirán las necesidades de cuidado infantil y aumentarán las de cuidado geriátrico; la salud de los adultos trabajadores también exigirá mayor atención para asegurar que su productividad no se vea comprometida.

La Región está sumamente *urbanizada*, en particular en América Latina y el Caribe, donde en 2005 cerca de 77% de la población vivía en las ciudades; la proporción urbana tiene probabilidades de pasar de 80% en 2015 y de 85% en 2030. Al organizar la prestación de servicios de atención primaria de salud, los encargados de ejecutar la Agenda de Salud necesitarán conocer el desafío de la urbanización creciente y de una reducción correspondiente en el crecimiento de la población rural.

El sector de atención de salud. A pesar de la gran promesa del movimiento de APS, dos restricciones importantes han inhibido su eficacia para mejorar la salud de la población, a saber:

1. Se ha prestado mayor atención al *financiamiento* de los servicios de salud para lograr un mayor acceso que a la *asignación de recursos* para mejorar los resultados de salud. Todos los países de la Región han logrado la meta de asignación de un mínimo de 5% del PIB a la salud, pero una proporción suficiente de ese aumento no se ha destinado a

acelerar el acceso a la atención primaria de salud y a los servicios orientados hacia mejores resultados de salud.

2. No se ha hecho suficiente hincapié en la reorientación y capacitación de los *recursos humanos para la salud*, la conexión de las prácticas clínicas y de salud pública ni el adiestramiento de los profesionales de salud para funcionar con eficacia bajo el nuevo paradigma de la salud dentro de un concepto positivo, definido en la Constitución de la OMS como no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades y perfeccionado aún más por la meta de salud para todos, que consiste en asegurar que todos los ciudadanos del mundo puedan llevar una vida social y económicamente productiva. El nuevo paradigma implica no solamente el logro de aumentos en la esperanza de vida sin discapacidad sino también la creación de medios físicos, culturales y políticos que permitan que las personas *ya* afectadas por alguna discapacidad (quienes nacieron con ella) que restrinja su capacidad funcional participen en la sociedad y contribuyan a ella, para que así valga la pena vivir. El nuevo paradigma ofrece un contraste con la forma antigua, fragmentada y localista de encarar los problemas de salud de la población con un enfoque audaz que aborda la interconectividad de los factores innatos —genes, edad y sexo— y otras influencias del ambiente social, económico y físico, así como de los patrones de comportamiento y los modos de vida individuales y colectivos. Por lo tanto, los principios rectores en que se basa la integridad de la salud de la población encabezarán las nuevas formas de abordar los problemas de salud actuales, emergentes y futuros de la población y transformarán la manera de pensar y de trabajar de la comunidad de atención de salud.

Prestación de servicios de atención de salud. La Región enfrenta notables desafíos debido a los cambios epidemiológicos y demográficos; asimismo, se necesitan reformas radicales en el sistema vigente de prestación de servicios de salud. Tampoco puede el sistema aislarse de los sucesos mundiales, ya sea en los campos de la economía y del comercio o los relacionados con emergencias en materia de salud. Sin embargo, la capacidad de hacer frente a esos desafíos depende de lo que suceda en los niveles local y nacional. La diferencia que representa la prestación de atención de salud en los años venideros debe emanar principalmente de un mayor hincapié en la posibilidad de vivir una vida larga y sana, no apenas en la supervivencia.

Los ocho elementos del conjunto de medidas de atención primaria señalados en la Declaración de Alma-Ata se deben reconsiderar y examinar para reflejar la actual situación de salud. Bajo cada uno de esos elementos, es preciso desconstruir las intervenciones médicas y, en particular de salud pública, basadas en pruebas científicas para luego reconstruirlas alrededor de un marco integrado de prestación de servicios de atención primaria de salud con el fin de mejorar la salud de la población, de manera

individual y colectiva. Ese conjunto revisado de medidas de atención primaria de salud debe recibir máxima prioridad y apoyo apropiado en el sistema de salud que, en sí, puede necesitar fortalecimiento para asegurar una mejora de la salud, acceso justo, prestación eficaz de atención de salud apropiada, eficiencia y sensibilidad a las necesidades individuales y comunitarias y, sobre todo, debe enfocarse de tal forma que permita lograr un mejor estado de salud. Los conceptos de complejidad, eficiencia y profesionalismo deben dar paso a la pertinencia, eficacia y aceptabilidad. Hay que aprovechar el conocimiento y la experiencia adquiridos en los tres últimos decenios en la Región y en los países en la aplicación del concepto de la APS al desarrollo de los sistemas de salud y de los recientes adelantos en los campos científicos, tecnológicos, biológicos y conductuales pertinentes para el mejoramiento de la salud.

Generación y uso compartido de los conocimientos. Los decenios venideros presenciarán por lo menos tres revoluciones: una revolución biológica y tecnológica, una revolución conductual y una revolución en la prestación de servicios de atención de salud. Las condiciones para generar información relacionada con estas revoluciones y para compartir el conocimiento científico, en sí, están cambiando, como consecuencia de la mayor intensidad de la comunicación, la creciente intercomunicación de las disciplinas y la interacción más estrecha de la ciencia con la tecnología. Surgen importantes repercusiones económicas y sociales y consecuencias éticas de la interconexión más estrecha de los descubrimientos científicos (como la mutación genética y la clonación y sus respectivas aplicaciones), los conocimientos tecnológicos y la explotación comercial, así como entre la información *per se* y las tecnologías de comunicación que la divulgan. La gente tiene “derecho al bienestar” mediante el ejercicio de su “derecho” al conocimiento y a la investigación científicos, a la información sobre experiencias en su aplicación, y a los resultados que emanan de ellos. El desafío está en facultar a las personas y las comunidades dándoles la capacidad de comprender la información científica y su pertinencia para abordar sus problemas de salud, de manera que puedan participar de una forma significativa en la mejora de su propia salud.

Se han hecho importantes contribuciones a la prolongación de la vida y al mejoramiento de su calidad en la Región en los últimos decenios. Con todo, es posible mejorar aún más la salud de la población, y todavía hay muchos desafíos. Una mejor comprensión de los procesos de enfermedad y de los determinantes de la salud individual y comunitaria, así como increíbles avances en los campos médico, biológico, tecnológico y otros afines, ofrecen posibilidades para dar un salto gigantesco en materia de salud de la población. Sin embargo, aun con todos sus éxitos y aspiraciones, las Américas no se verán libres de los estragos de la enfermedad y del sufrimiento hasta que toda su población esté protegida y hasta que se promueva la salud de toda la población. La Agenda de Salud para las Américas, 2008–2017, aborda las

preocupaciones de la Región y, si se ejecuta con sensatez, ofrece la promesa de mejor salud para todos los pueblos del Continente en los años venideros. ¿Estamos listos?

Dr. Muthu Subramanian
Ex Director, Organización Mundial de la Salud
Princeton, New Jersey

Comentarios del Dr. Ricardo Uauy

La Agenda de Salud para las Américas, 2008–2017, establece ocho áreas de acción, cada una de las cuales es muy importante desde el punto de vista estratégico, por derecho propio, y puede ser un importante contribuyente al resultado final deseado de la Agenda, es decir, a mejorar la salud de las poblaciones de las Américas. Por lo tanto, sería inútil tratar de determinar cuál de esas áreas es más importante o de sugerir que se han dejado de lado otros campos, que pueden ser igualmente importantes. Los párrafos siguientes son apenas un intento por contribuir al proceso de establecimiento de la Agenda que han emprendido colectivamente los países de la Región.

La Organización Panamericana de la Salud —cuyos miembros comprenden todos los gobiernos de la Región— obviamente está en una situación que le permite influir en los resultados de salud de las poblaciones en el decenio venidero. Esta influencia es particularmente pertinente para los países que se encuentran en peores condiciones: en su caso, las medidas de la OPS son claves para su salud futura; además, la OPS tiene la oportunidad de aprovechar los recursos humanos y materiales existentes a favor de los países que están en peores condiciones dentro de la Región. Aun los países que están en mejores condiciones podrían beneficiarse de una Organización previsiva que dirija a la Región proporcionando rectoría técnica con una perspectiva común.

Todos los interesados directos en la salud de la población del Continente deben aprovechar la voluntad política en pro de la salud expresada en repetidas ocasiones en innumerables cumbres presidenciales (de Jefes de Estado de las Américas, de los países iberoamericanos, hispanoamericanos y sudamericanos, del MERCOSUR, de los países andinos y otras reuniones similares). Como ejemplo reciente de las oportunidades existentes, se podría hacer uso beneficioso del llamamiento del Presidente del Brasil hacia un programa de “hambre cero”, no solamente para el Brasil sino para todos los países de la Región, con lo que se hace eco de la voluntad a menudo expresada por los gobiernos de la Región de terminar con el hambre y la malnutrición. ¿Qué podría ser más energizante y galvanizante que un llamamiento a erradicar el hambre y la malnutrición en todas sus formas, comprometiéndose con ello a prevenir la muerte de 40.000 niños menores de 5 años que hoy en día sufren de malnutrición grave y mueren de infecciones prevenibles? El logro de esta meta no es un sueño imposible: la Región de las Américas tiene los recursos y los profesionales idóneos para alcanzarla. Surgen otras metas alcanzables

en el campo de las enfermedades inmunoprevenibles: así como los gobiernos miembros de la OPS tuvieron sus mejores momentos en el pasado no muy distante en la erradicación de la viruela y la poliomielitis, así también ahora se vislumbra para ellos la posibilidad de reducir—si no de eliminar por completo—el sarampión, el tétanos y la difteria.

La Agenda de Salud proporciona un marco conceptual que integra estas ocho áreas de acción desde una perspectiva regional en términos generales. Juntos, los países, por medio de los Cuerpos Directivos de la OPS, deben presentar claramente la forma en que esta perspectiva puede orientar mejor las acciones y políticas de cada gobierno. Cabe señalar que las opciones de política y la voluntad en el contexto político, al final del día, determinan lo que se hace en realidad. Habiendo dicho eso, el mandato definitivo de la Organización es servir a la población de las Américas y no a gobiernos particulares. El hecho indisputable es que, en el decenio que cubre la Agenda, la mayoría de los países experimentarán cambios de gobierno y aun de los marcos rectores tanto políticos como normativos que orientarán sus acciones. Para asegurar la eficacia de la cooperación técnica de la OPS a largo plazo, la Organización debe tener un marco de política que vaya más allá de un contexto político específico. La OPS deberá seguir fomentando la participación de grupos técnicos y comunitarios que sean parte del liderazgo nacional de cada país con el fin de poder apoyar a los gobiernos miembros en el diseño, la ejecución y la evaluación de las medidas propuestas por la Agenda. Conviene que las autoridades normativas consideren la asignación a cada “área de acción”, de una meta o un conjunto de metas claramente enunciadas y de los indicadores correspondientes, para que dentro de 10 años sea posible evaluar el efecto de la Agenda.

Cada una de las ocho áreas podría ser un pilar para la cooperación técnica de la Organización en el decenio venidero. Si bien cada área tiene su propio mérito relativo, será importante considerar dónde están las mayores fortalezas de la comunidad de la OPS y qué valor potencial puede agregar a cada una de estas áreas. En varias de ellas, es probable que la colectividad formada por los miembros de la OPS pueda contribuir mejor al formar asociaciones estratégicas con otras organizaciones regionales o internacionales que funcionan en las Américas. Para ir más allá de las nobles metas, las buenas intenciones y, francamente, las ilusiones de la Agenda, las autoridades normativas nacionales e internacionales en el campo de la salud deberán confrontar los desafíos venideros mediante la asignación de importancia y sustancia a las acciones esbozadas en la Agenda.

La Agenda se ha presentado bien en lo que respecta a los antecedentes técnicos y ha tratado de cubrir de la forma más amplia posible cada una de las ocho áreas. Eso es obviamente una fortaleza desde el punto de vista del análisis. Sin embargo, al mismo tiempo, debe entenderse a cabalidad que para provocar los cambios necesarios en la actual situación de salud regional, las autoridades normativas deben asegurarse de tomar medidas eficaces.

El concepto de alineación de la Agenda de Salud con los ODM es muy bueno; no obstante, los ODM son obviamente insuficientes para mejorar de una manera integral la situación de salud en muchos de los países de la Región. La OPS proporciona un excelente foro para la discusión regional necesaria para adaptar los ODM a la realidad regional. Esa discusión entre los gobiernos miembros de la OPS podría servir para definir la forma en que cada uno contribuirá a mejorar la salud y el bienestar no solamente en un país sino en todos los que carecen de los recursos humanos y materiales necesarios para abordar sus problemas solos.

¿Qué orientación daría uno a las autoridades normativas y decisorias sobre la ejecución de la Agenda de Salud en el decenio venidero (2008–2017)? Como se indicó en los párrafos precedentes, las opciones en materia de política deberán ser ambiciosas y realistas. La necesidad de medidas críticas debe surgir de la población propiamente dicha. La única solución sostenible para los problemas de salud permanentes en la Región, que representan la causa colectiva más pesada de morbilidad y mortalidad en el Continente, es la que empieza con las exigencias de mejor salud y bienestar hechas por la comunidad por medio de los canales democráticos de participación política. A su vez, las comunidades, por conducto de sus respectivos gobiernos, podrían acercarse a la OPS siempre y cuando se necesite la cooperación de la Organización. Por su parte, la OPS debe promover el derecho a la salud y un acceso más equitativo a los servicios; debe proporcionar el apoyo técnico necesario para la promoción de la causa de la salud, y el diseño, la ejecución y la evaluación de programas; y debe trabajar con los gobiernos para mejorar la salud de una manera eficaz y eficiente. Lo que es más importante, la OPS debe asumir responsabilidad ante sí misma y ante otros por su observancia de la visión y la misión declaradas que justifican su propia existencia.

¿Qué perspectivas de cambio se deben tener en cuenta al mirar hacia el futuro de la salud? La Agenda de Salud refleja razonablemente bien las tendencias regionales previstas, pero no recalca lo suficiente la reducción de la fecundidad y el notable aumento de la proporción de personas de edad que ocurre en la mayoría de la Región. La necesidad de mantener a las personas sanas y en buen estado físico por más tiempo que hasta ahora, será una condición indispensable en los años venideros. Los países industrializados se han enriquecido antes de envejecer; por contraste, la mayoría de los países de las Américas se están envejeciendo antes de acumular el patrimonio necesario para cuidar debidamente a las personas con limitaciones impuestas por la edad.

Por último, al considerar la necesidad de contribuir al cierre de las disparidades en materia de salud se debe tener en cuenta que la ciencia y la tecnología, de la forma en que se promueven actualmente, son fuerzas que muy probablemente aumentarán en lugar de disminuir la desigualdad entre los países. Esa mayor desigualdad seguramente se producirá, a menos que se reexamine el marco regulador vigente para tener en cuenta la situación de los países con graves limitaciones de recursos, que desde ahora

TEMA RECURRENTE**Afianzar la salud en la información, los conocimientos, la ciencia y la tecnología**

La necesidad de datos e información confrontará a la autoridad normativa a cada paso y, en realidad, el argumento a favor de la salud de la forma esbozada anteriormente solo puede exponerse a partir de datos fidedignos regularmente acopiados: el valor de los datos aumenta cuando se acopian en forma regular con cierta periodicidad establecida.

—George Alleyne

Para entender a cabalidad los problemas de salud que más necesitan abordarse y los métodos más eficaces para hacerlo, es preciso establecer una cultura institucional dentro del sector de salud pública que valore la información de alta calidad, exija esa clase de información y desarrolle la capacidad para generarla, es decir, la búsqueda de la epidemiología y la investigación aplicadas.

—Stephen Blount y Jay McAuliffe

. . . la salud debe ir acompañada del desarrollo de la ciencia y de la educación universal y gratuita, pues la salud y la educación van juntas. . . . En el sistema de salud pública deben existir servicios de excelencia que permitan hacer los estudios necesarios de alto nivel y costo a los pacientes. Habitualmente, la calidad de los servicios de salud pública es muy baja y solo en los servicios privados se pueden hacer determinados estudios.

—Gustavo Kouri

La gente tiene "derecho al bienestar" mediante el ejercicio de su "derecho" al conocimiento y a la investigación científicos, a la información sobre las experiencias en su aplicación y a los resultados que emanan de ellos. El desafío está en facultar a las personas y las comunidades dándoles la capacidad de comprender la información científica y su pertinencia para abordar sus problemas de salud, de manera que puedan participar de una forma significativa en la mejora de su propia salud.

—Muthu Subramanian

La desagregación de datos podría ayudar a los Ministerios de Salud a abogar más enérgicamente por la disponibilidad de recursos para fortalecer los servicios de salud en las regiones donde los resultados de salud sean más débiles.

—Nils Arne Kastberg

La planificación para la evaluación y el uso ampliado de tecnologías nuevas y eficaces en el sector de salud pública es crítica; entre los ejemplos cabe citar nuevas vacunas, estuches de diagnóstico rápido, sistemas de información geográfica e instrumentos de tecnología de información. Las autoridades decisorias del sector de salud pública deben mantenerse al corriente del desarrollo de nueva tecnología y ser innovadoras en la búsqueda de oportunidades para aplicarlas con miras a abordar con más eficacia los problemas de salud prioritarios. . . . El éxito de los programas de inmunización en las Américas —la erradicación de la viruela y la poliomielitis, la eliminación del sarampión, las actividades en curso para la eliminación de la rubéola— sienta la base para la introducción de nuevas vacunas y la evolución de los programas de inmunización del niño a la familia.

—Stephen Blount y Jay McAuliffe

Surgen otras metas alcanzables en el campo de las enfermedades inmunoprevenibles: así como los gobiernos miembros de la OPS tuvieron sus mejores momentos en el pasado no muy distante en la erradicación de la viruela y la poliomielitis, así también ahora se vislumbra para ellos la posibilidad de reducir—si no de eliminar por completo—el sarampión, el tétanos y la difteria.

—Ricardo Uauy

les impedirán acceder a los nuevos instrumentos diagnósticos y terapéuticos que traerá el futuro.

Ricardo Uauy, M.D., Ph.D.
Profesor de Nutrición de Salud Pública
Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos,
Universidad de Chile, Santiago, Chile
Facultad de Higiene y Medicina Tropical de Londres,
Londres, Reino Unido
Presidente, Unión Internacional de Ciencias de la Nutrición

Comentarios de la Dra. Marijke Velzeboer-Salcedo

El Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM) felicita a los países de las Américas por haber elaborado la Agenda de Salud regional y señalado explícitamente la equidad entre los sexos como uno de sus principios rectores. Un tema general de nuestra orientación para consideración por parte de las autoridades normativas y decisorias al ejecutar la Agenda sería que la equidad entre los sexos es un aspecto central de todas sus áreas de acción, de conformidad con el espíritu de los Objetivos de Desarrollo del Milenio:

En la formulación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio se reconoce que la potenciación de la capacidad de acción de la mujer y la igualdad entre hombres y mujeres son requisitos previos del desarrollo; **el logro de todos los objetivos relacionados con la salud depende de la adopción de medidas a este respecto** [énfasis agregado]. La salud de las mujeres se ve perjudicada por la prevalencia entre ellas de la pobreza, la falta de empleo, la violencia y las violaciones, así como por el control limitado de su vida sexual y reproductiva, y su falta de influencia en la adopción de decisiones. Es fundamental ampliar el acceso a la atención de salud sexual y reproductiva. Quienes trabajan con los gobiernos y las autoridades de salud pública deben promover activamente la consideración de las cuestiones relativas a la paridad entre los sexos en la formulación y aplicación de las políticas y los programas sanitarios. En las actividades de seguimiento y evaluación deben utilizarse sistemáticamente datos desglosados por sexo.

En ese contexto y en relación con el análisis de las tendencias de salud en las Américas que se hace en la Agenda, la exclusión de la mujer es un asunto importante. Cabe señalar como ejemplos de su exclusión social, que una elevada proporción de mujeres todavía no recibe atención por personas adiestradas en el momento del parto ni tienen acceso a tecnología anticonceptiva—factores que guardan relación directa con las elevadas tasas de mortalidad materna y fecundidad de las adolescentes.

Una de las principales áreas de acción establecidas en la Agenda de Salud es el fortalecimiento de la autoridad sanitaria nacional. Al usar el término “participación”, el UNIFEM considera importante subrayar que se debe extender a la adopción de decisiones, ya que el concepto de participación social a menudo se ha promovido como un concepto decisivo pragmático con el fin de aprobar maquinalmente o de ejecutar las decisiones tomadas por otros. La participación se debe comprender como un ejercicio de los derechos civiles que influye en los procesos que afectan al bien común. En ese sentido, se debe destacar particularmente a las mujeres, puesto que son y siempre han sido participantes activas con más frecuencia en la ejecución de programas comunitarios, en particular en el sector de salud, aunque se les sigue excluyendo de las fases de formulación, diseño y asignación de recursos de esos programas.

El UNIFEM considera que el empoderamiento de las mujeres es una estrategia clave para abordar los determinantes de la salud, una de las ocho áreas de acción de la Agenda. Según se aclaró en la Declaración del Milenio, el tercer ODM, “promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer”, representa no solamente un fin en sí mismo, sino también una condición indispensable para lograr los otros siete ODM. En ese contexto, elogiamos la referencia específica al género hecha en la Agenda, en la sección titulada “Abordar los determinantes de la salud”, como determinante estructural de la inequidad en salud y sugerimos que las autoridades normativas y decisorias tomen conciencia del importante trabajo realizado en los diferentes sectores, insti-

tuciones y organismos de las Naciones Unidas, como la colaboración interinstitucional particularmente exitosa entre la OPS y el UNIFEM en el ámbito regional, subregional y de país.

La ejecución del área de acción titulada “Aprovechar los conocimientos, la ciencia y la tecnología” exigirá que la información para entender y vigilar la dinámica de la salud se desglose habitualmente por sexo, edad, condición socioeconómica y otras variables socioeconómicas, con el fin de identificar las necesidades específicas de cada grupo, evaluar las desigualdades, planear las respuestas y vigilar los cambios. Con ese objetivo y puesto que la disponibilidad de información sensible al género es indispensable para observar el progreso en materia de igualdad entre los sexos, el UNIFEM y la OPS colaboran en la producción y divulgación de indicadores básicos de género relacionados con la salud y sus determinantes.

Otra área de acción se concentra en el fortalecimiento de la solidaridad y la seguridad sanitaria. Para efectos de la ejecución de la Agenda, en cualquier esfuerzo por abordar la violencia es preciso tener en cuenta la clase de violencia más frecuente, es decir, la basada en el género. Es indispensable de que las autoridades normativas y decisorias entiendan que la violencia basada en el género es no solamente un problema de salud pública sino una cuestión de derechos humanos, que afecta a una de cada tres mujeres en la Región.

En lo que respecta a los esfuerzos para disminuir las inequidades en salud entre los países y al interior de los mismos, el UNIFEM concuerda decididamente con la distinción de salud sexual y reproductiva hecha en la Agenda como asunto prioritario en las Américas. Sin embargo, instaríamos encarecidamente a las autoridades normativas a que no limitaran el alcance de este asunto a la esfera materna. La salud sexual también debe recalcarse, en particular dentro del contexto del poder que tiene una persona para adoptar decisiones libres, fundamentadas, responsables y seguras, lo que a su vez, contribuirá a reducir el número de embarazos indeseados, disminuir las tasas de mortalidad materna e infantil, reducir la violencia basada en el género y las complicaciones de salud afines, y detener la propagación de la infección por el VIH/sida.

En realidad, el aumento de la protección social y el acceso a los servicios de salud de calidad exigirá un diálogo eficaz entre los interesados directos pertinentes. Por causa de su función en el establecimiento de las prioridades de salud, esos interesados directos deben incluir, en términos generales, a la sociedad civil, particularmente los grupos femeninos. Al aplicar el concepto de financiamiento colectivo, además de la consideración de los subsidios entre generaciones y grupos de ingresos, también son importantes los subsidios comunes a ambos sexos. A falta de esos subsidios, las mujeres acarrean una carga más pesada del gasto en atención de salud que los hombres por causa de la mayor necesidad que tienen ellas de obtener servicios de atención de salud durante toda su vida, una mayor necesidad que se deriva sobre todo, pero no exclusivamente, de su función reproductiva. Además, por causa de la centralidad cultural de su función como dis-

pensadoras de cuidado y amas de casa y de su predominio en el sector informal de la economía, las mujeres se ven privadas con más frecuencia de la protección social que viene con el empleo de dedicación exclusiva.

En el contexto de los trabajadores de salud, otra área de acción establecida en la Agenda, es conveniente que las autoridades normativas tengan presente el asunto del cuidado no remunerado que se ofrece en la casa. Las mujeres siguen acarreado la principal responsabilidad de dispensar cuidado en la casa y ese cuidado, según las estadísticas internacionales, representa más de 80% de toda la atención de salud. Puesto que este trabajo no remunerado tiende a dejarse de reconocer o valorar, las mujeres están en desventaja en lo que respecta a tiempo disponible y a la protección social relacionada con el trabajo remunerado. El sistema de atención de salud no puede seguir dependiendo tanto como en el pasado de este trabajo no remunerado: por una parte, la demanda de servicios aumentará debido al envejecimiento de la población y a la intensificación de las enfermedades crónicas; por otra parte, el tiempo disponible para la dispensación de cuidado no remunerado disminuye y continuará disminuyendo a medida que las mujeres entren en número cada vez mayor a la fuerza laboral. En las políticas de recursos humanos se deberán tener en cuenta estas tendencias, particularmente al adoptar decisiones sobre la reducción o expansión de los servicios públicos. Estos asuntos revisten particular interés para el UNIFEM por causa de su efecto en la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer. Hemos estado colaborando con la OPS y la CEPAL para concientizar al público y a los gobiernos en ese sentido y, juntos, estamos encabezando la incorporación de la atención de servicios de salud no remunerada en el sistema de cuentas nacionales, con particular referencia a las cuentas satélite.

Expresamos nuestros agradecimientos a la Organización Panamericana de la Salud por la oportunidad de ofrecer una orientación a las autoridades normativas y decisorias de los niveles local, nacional e internacional, que tendrán el desafío de materializar la Agenda de Salud para las Américas en el decenio venidero. Puesto que todos somos partes interesadas en la búsqueda de los fines de la Agenda, en el UNIFEM le deseamos de corazón toda clase de éxitos.

Dra. Marijke Velzeboer-Salcedo
Jefe, Sección de América Latina y el Caribe
Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer

El compromiso regional continuo: Planificación para el futuro de la salud en las Américas

La inclusión en esta edición de *La salud en las Américas* de perspectivas referentes al futuro de la salud y al compromiso colectivo de los países para enfrentar sus desafíos por medio de una agenda colectiva da continuidad a una tradición de larga data. Desde el comienzo, en esta publicación en serie se ha recalcado la

importancia de las políticas y los planes regionales de salud para alcanzar las metas de salud en todo el Continente. Desde la primera edición publicada en 1954, cada Director de la Oficina Sanitaria Panamericana ha empleado la publicación para vincular a los países, a su Organización regional y a la Secretaría que sirve a esa Organización al desafío de abordar el futuro de la salud en las Américas por medio de compromisos colectivos expresados en los planes regionales:

La edición de 1954 comienza con las palabras de **Fred Lowe Soper** (Director de 1946 a 1958):

Para la planificación de los programas sanitarios de las Américas, es esencial el conocimiento y la medición de los problemas. Si se han de alcanzar progresos en las actividades sanitarias es preciso disponer de información fundamental en relación a las poblaciones servidas, a las condiciones sanitarias de los países y a las necesidades y recursos médicos de que se disponga. Este principio ha sido reconocido en las disposiciones del Código Sanitario Panamericano y de la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana [sic] que estipulan el intercambio de información relativa a la prevención de las enfermedades y a la preservación de la salud en el Hemisferio Occidental. El progreso futuro depende en gran parte de la justipreciación de los problemas, mediante la aportación de datos exactos que permitan la planificación coordinada en materia sanitaria.

Al lanzar la edición de 1966, **Abraham Horwitz** (Director de 1958 a 1975) señala que:

Los Gobiernos han convenido en cumplir en la década iniciada en 1962 una serie de objetivos para prevenir las enfermedades, tratar y rehabilitar oportunamente a los enfermos y fomentar el bienestar. Han reconocido a la planificación como el instrumento que permite establecer prioridades de los problemas e invertir de acuerdo con ellas en forma de beneficiar al mayor número de personas.

Héctor R. Acuña (Director de 1975 a 1983) sitúa la edición de 1978 en el punto intermedio del Plan Decenal de Salud para las Américas:

Pareció particularmente apropiado concentrar el análisis, en la medida de lo posible, en los progresos alcanzados en la consecución de las metas establecidas en el Plan. Asimismo, se llama la atención sobre los campos que, para alcanzar esas metas, exigirán un mayor esfuerzo por parte de los países.

Carlyle Guerra de Macedo (Director de 1983 a 1995) presenta la edición de 1986 como una obra que documenta:

los adelantos alcanzados por los Países Miembros de la Organización Panamericana de la Salud en el empeño por lograr la

meta común de salud para todos en el año 2000 . . . y [presentar] una evaluación general de la situación relativa al logro de la meta de salud para todos al final del presente siglo.

En su introducción de la edición de 2002, **George A.O. Alleyne** (Director de 1995 a 2003) crea el marco para las páginas que siguieron:

En términos generales, la situación de salud de la Región puede considerarse como un reflejo de la repercusión de los drásticos cambios demográficos y de los nuevos perfiles epidemiológicos. Refleja también la eficacia de las políticas sanitarias. . . .

Por su parte, la actual Directora de la Organización Panamericana de la Salud, **Mirta Roses Periago** (2003–), aspira a que esta edición de 2007:

sirva como un recordatorio de que cada número y cada estadística representan la vida de una niña, un niño, una mujer o un hombre en algún rincón de la Región [y expresa la esperanza de que] la próxima edición de 2012 pueda reflejar los progresos y avances significativos de los países con su esfuerzo constante, colectivo y solidario para lograr una mejor salud y una vida más larga, plena y fructífera de todos los habitantes de nuestra Región pero, de manera especial, de aquellos grupos humanos más postergados y excluidos.