



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
COMITÉ EJECUTIVO DEL CONSEJO DIRECTIVO

26.ª REUNIÓN DEL SUBCOMITÉ DE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN

Washington, D.C., 25 al 27 de marzo de 1996

Tema 3 del programa provisional

SPP26/3 (Esp.)
20 febrero 1996
ORIGINAL: ESPAÑOL

RENOVACION DE SALUD PARA TODOS

El Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud, en Decisión EB93(7) de su 93.ª Sesión, solicitó al Director General presentar un informe de avance referente al logro de la meta salud para todos (SPT) durante la 96.ª sesión en mayo de 1995. Esta solicitud se dio en el contexto del cumplimiento de resoluciones dirigidas a atender los cambios globales que afectan la Organización.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), por su parte, se ha abocado a la reflexión sobre la renovación de la meta de salud para todos y la estrategia de atención primaria de salud a la luz de los cambios globales que afectan actualmente, y probablemente en el futuro, la salud de las poblaciones y los sistemas de servicios de salud. La OPS ha preparado documentos en apoyo a la renovación de SPT, los que se han discutido ampliamente en la Región, en un proceso que busca ir conformando una posición panamericana, iniciado con la Reunión del Comité Asesor del Director para Salud para Todos en las Américas, realizada en Washington, D.C., del 3 al 4 de abril de 1995.

Se presenta para la consideración de la 26.ª Reunión del Subcomité de Planificación y Programación (SPP) una propuesta de renovación del compromiso con la meta de SPT dirigida al logro de los más altos niveles posibles de salud y bienestar. En esencia, se reafirma la convicción en alcanzar un mundo donde la salud sea patrimonio de todos, y se presentan algunas ideas de cómo podría ser la visión integrada de la salud y la respuesta continental a los desafíos. Estos planteamientos han sido enriquecidos mediante consultas nacionales y hemisféricas, así como por contribuciones de individuos de diversas instituciones cuyas tareas impactan la salud.

Se invita a los miembros del SPP a hacer recomendaciones pertinentes con respecto a los contenidos de la propuesta y su aplicación en la Región por los países y el Secretariado en los próximos años.

CONTENIDO

	<i>Página</i>
1. Introducción	3
2. La experiencia de salud para todos en las Américas	3
3. Nuevas realidades y desafíos para el siglo XXI	5
3.1 La dinámica política, económica y social	5
3.2 Tendencias demográficas y epidemiológicas	6
3.3 El sector salud y la inequidad en el acceso	7
4. La necesidad de renovar la visión y el compromiso	8
5. La visión de salud para todos como respuesta continental	9
6. Orientaciones, objetivos generales y estrategias	11
6.1 Orientaciones de política para salud para todos	11
6.2 Objetivos generales	13
6.3 Estrategias	14
7. El papel de la Organización Panamericana de Salud	15
Referencias	17
Anexo	

1. Introducción

La Organización Panamericana de la Salud, ante la multiplicidad de las diversas tendencias que afectan la salud de las poblaciones y de los desafíos que sus consecuencias representan, y tomando en consideración los resultados del último ejercicio de vigilancia y evaluación de salud para todos (SPT) (1), considera urgente la necesidad de responder con efectividad a esta situación. El contexto macroambiental ha cambiado rápidamente y los actores sociales se han repositionado, algunos con mucha influencia sobre los resultados en términos de la salud de las poblaciones y el ambiente. Este es el momento adecuado para reflexionar sobre qué estrategias y acciones son necesarias para que la salud lidere la agenda del desarrollo de las Américas.

Este documento presenta a la consideración de la 26.ª Reunión del Subcomité de Planificación y Programación una propuesta de discusión que inicia un proceso formal de consulta, dirigido a consolidar una posición panamericana de política sanitaria, como respuesta continental estratégica factible y de reafirmación de un compromiso regional con la salud de toda su población.

2. La experiencia de salud para todos en las Américas

Los países de la Región se comprometieron con el logro de la meta SPT durante la Asamblea Mundial de la Salud en 1977, y se suscribieron a la misma durante la histórica reunión de Alma-Ata en 1978. Allí acordaron que la principal meta social es *que todos los ciudadanos del mundo alcancen en el año 2000 un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva* (2). La estrategia de atención primaria de salud (APS) se interpretó como vehículo para lograr SPT, y cada país tradujo estos acuerdos según sus condiciones socioeconómicas y sanitarias, con algunas metas comunes mínimas debajo de las cuales no debería estar ningún país. En las Américas, el establecimiento de SPT/2000 y la aplicación de la estrategia de APS se consignaron en la Estrategia Regional de SPT/2000 en 1980 y el Plan de Acción en 1982 (3). Esto facilitó el establecimiento de metas, prioridades operacionales y líneas de base contra las cuales se podría medir posteriormente el avance de la estrategia.

La tercera vigilancia de la estrategia mundial de salud para todos (1) evalúa las áreas de tendencias en salud, implementación de la APS, desarrollo de sistemas de salud basados en la APS, recursos para la salud, tendencias en estilos de vida saludables, así como población y desarrollo económico. Esta evaluación indica aquellas áreas en las que los países deben concentrar sus esfuerzos para lograr reducir o eliminar las disparidades en salud entre y dentro de los países, con especial énfasis al comportamiento de la brecha entre distintos grupos de la población.

El análisis del avance de las principales estrategias dirigidas al logro de la meta muestra que el desarrollo de políticas y estrategias nacionales no incluyó la participación de otros sectores y actores; la definición y organización de prioridades se realizó en torno a intereses muchas veces opuestos al logro de SPT y la aplicación de APS. Por otra parte, la organización de los sistemas nacionales no se basó en atención primaria, mientras que la gestión de servicios sufrió en gran parte por el estancamiento de los procesos de recolección, análisis y utilización de información para la definición de prioridades, planes y políticas. La participación, aunque amplió sus espacios, fue a veces utilitaria o se diluyó al finalizar proyectos específicos. La equidad se mantuvo como valor en la retórica pero no se tradujo en una mejor distribución de recursos, mientras que el hospital siguió siendo el centro del sistema de servicios.

Entre los problemas principales con la aplicación de APS, se destaca la falta de recursos generada por la crisis de los años ochenta, que obligó a los países a adoptar programas económicos de ajuste y austeridad fiscal, situación culpable en parte del progresivo y acelerado deterioro de la infraestructura sanitaria y la disminución de la capacidad operativa de los servicios públicos de salud. Estos elementos, aunados a la poca competitividad del sector salud, afectaron su capacidad para responder en un contexto donde los procesos de descentralización carecieron de capacidad suficiente como para sostener los cambios a nivel local. Otros obstáculos se relacionaron con el débil compromiso político en los niveles decisorios, falta de insumos y supervisión, negligencia sobre aspectos socioculturales de la salud, poca información a la comunidad, frágil desarrollo de capacidad técnica, limitado apoyo de la profesión médica y oposición de algunos sectores. La movilización de recursos para SPT fue también afectada por lentos procesos de negociación interna y de definición de prioridades nacionales, poco conocimiento de la oferta de cooperación y de los procesos de movilización de recursos, y escasa experiencia nacional para diseño y gestión de proyectos. Por otra parte, la amplitud de la expresión de la meta y la estrategia, dio lugar a una variedad de interpretaciones, en las que no se consideraron adecuadamente su sustentabilidad ni su financiamiento.

Este período se caracterizó por el fortalecimiento de formas democráticas de gobierno, situación que abrió espacios para la participación de sectores de la sociedad civil en el quehacer nacional. El sector no gubernamental asumió un rol creciente en la aplicación de la estrategia APS, con recursos a veces significativamente mayores que los manejados por los gobiernos nacionales. A mediados de la década pasada, los países de la Región fomentaron los procesos de descentralización y el desarrollo de los sistemas locales de salud. En la misma época, la estrategia de promoción de salud incorpora una atención más centrada en la acción social y el desarrollo con equidad, dirigidos a la formulación y ejecución de políticas saludables para los individuos y el ambiente, fortalecimiento de las alianzas y las redes de apoyo social aumentando el control de la gente sobre su propio desarrollo (4).

Aunque la mejoría en las tasas de morbi-mortalidad en su totalidad y el incremento en la expectativa de vida no fueron el resultado exclusivo de la aplicación de APS, SPT fue responsable de algunos logros en el estado de salud, cobertura, organización y gestión de servicios, mejoramiento de sistemas de vigilancia y la difusión de un concepto más integral de la salud. Se ha eliminado la poliomielitis y se ha reducido la incidencia de otras enfermedades prevenibles por vacunación, se han aumentado los años de vida y en muchos casos los indicadores convencionales han mejorado a pesar de la disminución de asignaciones de recursos nacionales. Sin embargo, la concepción de la APS, tanto en su forma integral como en la focalizada, no se ha internalizado ni operacionalizado en los sistemas de servicios de salud.

3. Nuevas realidades y desafíos para el siglo XXI

A nivel mundial, la globalización de la información y la tecnología fortalecen la interdependencia y las transformaciones sociales, económicas, culturales y tecnológicas. A nivel regional y nacional, las tendencias demográficas y epidemiológicas, así como la rápida urbanización del continente durante los últimos 30 años, determinarán en gran medida las necesidades de salud de las poblaciones. A nivel nacional, la acción o inacción del gobierno en las áreas de políticas de desarrollo más relevantes para salud, como son en economía, educación, población, vivienda y urbanización, agricultura y alimentación, e industrialización, no pueden desconocerse. La situación de la mujer como variable esencial en las condiciones de salud de la familia y las comunidades es reconocido; consecuentemente, los enfoques de género son cada vez más necesarios en la formulación de políticas, proyectos y planes de salud. Las consecuencias de los ajustes y de los nuevos modelos macroeconómicos tendrán una influencia importante, particularmente en las diferencias de acceso y resultados en salud entre grupos sociales. Factores adicionales relevantes incluyen la consideración a los problemas de costo de los servicios y calidad de la atención.

3.1 *La dinámica política, económica y social*

Crece la popularidad de las democracias liberales, abriéndose los mercados económicos a procesos de integración regional. Las declaraciones de las cumbres globales y los enunciados de los gobiernos de la Región enfatizan la relevancia de la salud en el desarrollo humano y expresan preocupación por la equidad y la justicia social en contextos donde lo multicultural cobra relevancia. La renovada importancia de lo social emerge en apoyo a las reformas económicas, y se busca equilibrio entre los frutos del desarrollo económico y el bienestar social. La pobreza ha dificultado el logro de ese nivel de vida social y económicamente productivo, expresado en Alma-Ata, mientras que el incremento en la concentración del ingreso en la mayoría de los países aumenta la exclusión de grandes segmentos de la población de los frutos del desarrollo, hecho que acentúa la inequidad dentro y entre los países, amenazando la estabilidad política y

contribuyendo a deteriorar las condiciones de vida. Sin embargo, las reformas constitucionales en marcha han fortalecido los procesos de descentralización y, en consecuencia, los estados, las provincias, municipalidades y comunidades cuentan con mejores vías de participar en la vida ciudadana, como expresión de ciudadanía y como proceso netamente local y político.

Las economías de los países de la Región entre 1991 y 1993 crecieron en un 14% y el PIB per cápita aumentó en 6,1%, aunque todavía tienen una deuda acumulada de aproximadamente US\$ 576.000 millones en 1995 (5). Se presume que para el período 1993-2000 el crecimiento anual de las economías será apenas más alto que el promedio de crecimiento más alto de la década de los setenta, quizás mayor que la tasa lograda durante el reciente período de recuperación entre 1990 y 1992. Se estima que 200 millones de personas viven en la pobreza en América Latina y el Caribe (46% del total), y de éstos, por lo menos 100 millones (23%) no tienen acceso a servicios básicos de salud. El gasto anual público per cápita en salud (en precios constantes de 1988) en América Latina disminuyó de \$18,8 a \$14,6 entre 1980 y 1990, declinando de 84% a 72% el total de los gastos en salud (6).

La asistencia escolar ha disminuido en relación al ingreso de los padres y existe un sistema educacional estratificado que ha dado lugar a más heterogeneidad reduciendo su poder como instrumento de cohesión social y equidad. Se ha expandido el empleo informal con un aumento en el desempleo urbano en algunos países, y éste es más alto para adultos y jefes de hogar.

3.2 *Tendencias demográficas y epidemiológicas (1,6)*

La población de América Latina y el Caribe es alrededor de 481 millones. Para el año 2000, 23 de los 45 países y territorios de la Región tendrán poblaciones de más de 1 millón, con 12 de ellos conteniendo el 90% de la población, con casi un 80% viviendo en centros urbanos. Incluso si se mantiene la tasa actual de crecimiento, la población duplicará su tamaño en los próximos 37 años. La pobreza rural persiste, ya que entre 10% y 20% de las poblaciones más pobres, más de la mitad de la población en seis países y 80% de las poblaciones indígenas, vive en zonas rurales.

Se ha modificado la estructura de la población por edades, al haber aumentado la proporción de personas en edad de trabajar y la de mayores de 65 años. En muchos casos, las diferencias de mortalidad susceptibles de reducirse entre grupos sociales, las que varían según la estructura de edad de la población, lugar de residencia, género y grupo étnico, no han disminuido o han aumentado. Alrededor de 1990, estas diferencias representaron en promedio 45,5% (con un intervalo de 5% a 71%) de las defunciones en América Latina y el Caribe, mientras que en los Estados Unidos de América y el

Canadá esta cifra varió entre 1,6% y 7,1%. Esto significa que cada año podrían evitarse 1,5 millones de defunciones de personas menores de 65 años.

La violencia doméstica y urbana y los accidentes de tránsito y de trabajo constituyen preocupaciones demandantes, mientras que las enfermedades infecciosas continúan siendo causa notoria de morbilidad y mortalidad. La importancia proporcional de las enfermedades crónicas y degenerativas como causas de defunción ha aumentado. Los problemas de la hipernutrición y la hiponutrición, los problemas de salud mental y las discapacidades aquejan a los países en grados diversos y demandan respuestas de política urgentes.

3.3 *El sector salud y la inequidad en el acceso*

Las reformas del Estado se han traducido en transformaciones del sector salud, las que incluyen la de-estatización de los servicios y una mayor participación del sector privado en la provisión de servicios. Estas reformas intentan mejorar la calidad y eficiencia del sistema de prestación con consideraciones de sostenibilidad financiera, a fin de lograr respuestas integrales y complementarias a los problemas de salud mediante una interacción más eficaz y eficiente de los servicios públicos, de la seguridad social y los privados. Por su parte, la cobertura de muchos programas de seguridad social no se ha ampliado y en algunos casos ha disminuido. Además, los datos revelan una distribución desigual del gasto sanitario entre los distintos grupos de ingreso de los países.

Las serias restricciones financieras, utilización ineficiente de recursos, débil liderazgo institucional y obsolescencia de las destrezas de algunos recursos humanos frente a los desafíos de los problemas actuales y esperados, se han mantenido y/o profundizado. Se registra una expansión desigual de la tecnología médica con aumento en la capacidad instalada del tercer nivel de atención, aunque persisten problemas de insumos básicos en los niveles primarios. Las modalidades de prestación de servicios se han diversificado y han aumentado las opciones disponibles, así como los actores en el mercado de la salud. La infraestructura de la atención de salud no se ha ampliado en la intensidad necesaria y hay evidencias de que se ha deteriorado, aunque varios países han desarrollado sistemas de salud cuya cobertura y complejidad han mejorado progresivamente. Es cuestionable si aún mejorando la eficiencia en la asignación y utilización de los recursos del gobierno central, los recursos públicos tendrían capacidad para financiar un paquete de servicios de salud de cobertura universal, elemento esencial para alcanzar equidad en acceso.

El desafío principal que afronta el sector salud es superar la inequidad que se manifiesta en las diferencias de acceso y cobertura de los servicios de salud y en las condiciones sanitarias, que a su vez son reflejo de las inequidades sociales y económicas

que predominan actualmente en la Región. Estas inequidades se manifiestan diferencialmente dependiendo de las características que distinguen a los diversos grupos, tales como sexo, grupo étnico, ingreso, lugar de residencia y grado de instrucción.

4. La necesidad de renovar la visión y el compromiso

La necesidad de renovar la visión y el compromiso para lograr SPT deriva de los resultados de la reciente evaluación regional de las estrategias de SPT, y del análisis de los efectos actuales y posibles de tendencias macroambientales sobre la salud de las poblaciones americanas. Renovación requiere reafirmar el compromiso de todos con mejorar la salud de las poblaciones de las Américas. El tema de salud debe ser esencial y explícito en los procesos de desarrollo humano sostenible, donde el desarrollo se califica como un proceso centrado en el ser humano, con atributos de equidad y sostenibilidad ambiental y social como elementos orientadores de políticas intersectoriales de desarrollo y de los procesos de transformación individual y social. Esto hace necesario revalorizar la salud como componente esencial en el crecimiento de los individuos y las sociedades, en las discusiones y decisiones sobre formulación de políticas, financiamiento de programas y planes de los gobiernos, donde la dimensión ética de la salud y la universalidad del derecho de todos los ciudadanos a acceder a un sistema de salud debe primar.

El proceso de renovación deberá además buscar su constante adecuación, desarrollo y ajuste a las condiciones y oportunidades del entorno. Dentro de la flexibilidad planteada en SPT, cada nivel de aplicación de la propuesta (nacional, regional o local) debe definir un conjunto de resultados esperados, metas cuantificables e indicadores, y un sistema de evaluación en apoyo al cumplimiento de las metas, así como la instrumentación de procesos, sistemas y recursos para su aplicación. Los recursos nacionales deberán ser objeto de un análisis continuo y sistemático para redefinir las prioridades, reajustar las estrategias y los recursos humanos y financieros internos y externos, a fin de que la respuesta se integre al proceso de producción social de la salud.

Para que SPT tenga alguna viabilidad política, será necesario estructurar un plan de sustentación que incluya escenarios alternativos que reconozcan, pero que al mismo tiempo permitan señalar oportunidades y amenazas para las operaciones y acciones que deben realizar los países en el logro de SPT. En síntesis, la reducción de la brecha sanitaria exige acciones que afecten los determinantes de salud y que se dirijan a evaluar el impacto de estos cambios en las condiciones de vida en diferentes grupos de población.

En general las condiciones políticas y sociales presentan oportunidades para la renovación de SPT. Con respecto al macroambiente, los siguientes elementos deberán ser aprovechados rápidamente: la democratización, el ejercicio de la ciudadanía y la paz social; el compromiso de las autoridades y las reformas del poder ejecutivo para incluir

salud en la agenda política, el desarrollo del marco legal para la participación popular, la descentralización y la incorporación del derecho a la salud en los marcos constitucionales de los países; el establecimiento de políticas estatales de lucha contra la pobreza; la mayor conciencia de la población sobre sus responsabilidades en la consecución de mejores niveles de salud y condiciones medio ambientales; el reconocimiento científico y político sobre los determinantes sociales de la salud; las políticas de la banca internacional que favorecen la inversión en áreas sociales, entre ellas salud.

Con respecto a elementos más directamente relacionados con el sector salud, se deberá tener en cuenta por ejemplo: la mayor experiencia internacional en control de enfermedades y avances tecnológicos; la apertura para el trabajo interinstitucional, intersectorial e interagencial con participación de nuevos actores en la industria, el comercio, el gobierno y la sociedad civil organizada; la expansión de la capacidad gerencial sectorial y tecnológica; el creciente apoyo de la profesión médica; una mayor vinculación de las universidades con SPT; y una mejor capacidad para el establecimiento de prioridades sectoriales.

Se identifican, sin embargo, amenazas para la renovación de la meta, tales como los posibles efectos de modelos económicos vigentes que pueden ser contrarios al logro de la equidad y la solidaridad; la falta de visión global y de largo plazo en los ámbitos de decisión de los gobiernos y al interior del sector salud; la obsolescencia de conceptos sobre salud y enfermedad y la falta de un plan de desarrollo de destrezas adecuadas para enfrentar nuevas demandas. Por su parte la heterogeneidad social, económica y étnica en algunos países representa un desafío particular que exigirá políticas regionalizadas, descentralizadas y sensibles a los factores socioculturales. Además, de no existir un control gubernamental eficiente sobre los costos crecientes de la atención médica y la transferencia del costo a la población, así como la transferencia de costos del Estado a lo privado, el mercado podría tender a producir inequidades.

5. La visión de salud para todos como respuesta continental

La visión de SPT representa un estado futuro deseado y al cual acercarse mediante la renovación del compromiso con la meta, la aplicación de estrategias adecuadas y acciones concretas. Esta visión construida a través de las consultas nacionales y las discusiones técnicas llevadas a cabo durante 1995 podría resumirse como *un entendimiento compartido de salud donde las energías hemisféricas responden éticamente a los desafíos que representa el logro de un desarrollo humano sostenible con dignidad y equidad en el futuro de las Américas.*

Esta visión se apoya en un sistema de valores cuyos ejes orientadores son la equidad, la solidaridad y la sostenibilidad. Lograr equidad se refiere a disminuir o

eliminar diferencias que son innecesarias y evitables, pero que además, se consideran injustas (7). La equidad se define como la igualdad de oportunidades para el desarrollo individual, y en el caso específico de salud, en igualdad de oportunidades de acceso a salud y los servicios de salud. Equidad significa garantizar el acceso igual de los ciudadanos a la información en salud, atención médica y a los servicios de salud que el Estado y la sociedad pueden mantener económicamente, en un contexto de solidaridad.

Solidaridad se refiere a aquellas relaciones a nivel individual, familiar, comunitario y social dirigidas a fortalecer las redes de apoyo hacia el bien común. Solidaridad en salud incluye modalidades en las que una sociedad comparte y se hace responsable por el mantenimiento de las estructuras de salud pública y de atención médica. En el presente contexto, se enriquece la meta SPT con un espíritu firme de solidaridad que demanda participación social y articulación intersectorial, involucrando a todos los actores de los diversos sectores con interés en salud.

Sostenibilidad se plantea en el sentido de cómo pueden las estrategias satisfacer las necesidades del presente sin comprometer la habilidad de las generaciones futuras para satisfacer sus propias necesidades. Asegurar la sostenibilidad de los cambios resultantes de la aplicación de una estrategia renovada de salud requerirá mantener vigilancia y flexibilidad de adaptación y cambio con respecto a elementos que funcionen en su contra.

La visión se convertirá en una respuesta social integrada mediante su operacionalización en acciones concretas. Es decir, en su concepción y operación, deben incluir lo biológico, lo psicológico, lo sociocultural, el medio ambiente, y comprender tanto los aspectos recuperativos y preventivos como los promocionales de la salud. En su direccionalidad, debe abarcar coherentemente a los individuos, las familias, las comunidades y el ambiente. La propuesta se integra al proceso de producción social de la salud.

Esta respuesta ganará en grado de adecuación y aplicabilidad en la medida en que logre estructurar la visión y un marco de valores esenciales dentro de los cuales se identifiquen los problemas específicos y prioritarios de cada país, en diferentes niveles de desarrollo. La viabilidad política de la renovación de SPT se podría asegurar, caracterizándola como más estratégica que prescriptiva e incorporando el desarrollo humano sostenible como el nuevo paradigma de salud.

6. Orientaciones, objetivos generales y estrategias

6.1 *Orientaciones de política para salud para todos*

Será necesario que los países consideren las siguientes orientaciones de política en los procesos nacionales dirigidos al logro de SPT.

Promoción de las alianzas y coaliciones. La vinculación y colaboración estrecha entre actores y sectores que tienen interés o influencia en el logro de SPT (la sociedad en general, los niveles de decisión política, las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, el sector privado, incluyendo la industria farmacéutica y tecnológica, las compañías aseguradoras, entre otros) son componentes esenciales. Se debe fortalecer la capacidad de los grupos, instituciones y organizaciones públicas y privadas a nivel internacional, nacional, local y comunitarios para participar activamente en la abogacía, promoción y protección de la salud.

Cooperación global para el desarrollo local. Esta orientación ocurre en el marco de la globalización de las economías y el intercambio de información, así como del reconocimiento de la importancia del desarrollo socioeconómico local dirigido a optimizar las políticas sociales dirigidas a lograr el bienestar comunitario. Los mecanismos de cooperación global entre países y/o regiones deberán favorecer la expresión y atención de necesidades locales en el desarrollo de la salud, y la experiencia indica que muchos problemas de salud pueden ser atacados de manera más efectiva a través de programas de carácter regional y subregional. Es fundamental crear responsabilidad a nivel correspondiente sobre el impacto de desarrollos económicos, industriales y tecnológicos sobre la salud de las comunidades a nivel local.

Movilización de la capacidad nacional. Se requiere identificar, agregar y hacer accesibles las variadas capacidades y recursos de orden moral, político, científico, cultural, económico y organizacional que existen en las diferentes sociedades, en pro del desarrollo de la salud. Si salud no se logra ubicar entre los objetivos centrales del desarrollo nacional, muy difícilmente los sistemas de servicios de salud por sí solos, y aunque estén bien dotados de recursos, serán capaces de alcanzar la SPT. La creciente exigencia de autodeterminación, autosustentación y autogestión de las comunidades más organizadas socioculturalmente en la Región, son un buen indicador de que es posible reforzar la voluntad y compromiso de sus propias poblaciones en la acción política en salud.

Intensificación de las relaciones entre salud de la población, el ambiente y el desarrollo humano sostenible. La Agenda 21 se refiere en su Capítulo VI a la APS como un instrumento del desarrollo humano sostenible a nivel local. La preocupación por la protección de las condiciones ambientales y la ecología humana implica considerar no

sólo los aspectos de abastecimiento de agua y saneamiento básico, sino temas nuevos como la protección y conservación de los recursos naturales y el manejo adecuado de los desechos (comunitarios e industriales), y formar parte del esfuerzo global de lucha contra la pobreza extrema, sobre todo en los hábitat más frágiles.

Modelo social de prácticas de salud. Es necesario llevar a su justa dimensión la práctica orientada al individuo, la enfermedad y la curación, promovido, pero no alcanzado, por la estrategia de APS. Por tanto, la noción de modelo de atención o de modelo de prestación de servicios de salud debe ser entendida como un componente del modelo social de prácticas de salud que en cada espacio-población se construye en respuesta a sus propios ideales, necesidades o problemas. Los servicios de salud pública y de atención médica deberán definirse en este marco más amplio al establecer prioridades, intervenciones y políticas, donde será entonces esencial la incorporación de los conocimientos y métodos propios de las ciencias sociales a fin de analizar e incorporar en forma más efectiva la cultura, las aspiraciones y las expectativas de las comunidades rurales y urbanas, campesinas e indígenas, mujeres y jóvenes urbanos pobres, u otros grupos prioritarios.

Fortalecimiento y desarrollo local de los servicios. La capacidad de las comunidades y de los niveles descentralizados de salud debe mantener o alcanzar una alta calidad de servicio, maximizando la utilización de los recursos existentes. Los programas nuevos deben exhibir consideración de sus efectos sobre la organización y dinámica sociales, la capacidad de los trabajadores primarios de salud para prestar servicios, o las necesidades de la estructura de cuidado de la salud para supervisar y apoyar adecuadamente a los trabajadores comunitarios de salud.

Participación decisoria. La implementación de las políticas de equidad social y de articulación intersectorial serán exitosas cuando se logre un sistema de alianzas favorables en todos los niveles de decisión, desde el nivel central de gobierno a las instancias locales. Depende, también, del grado de descentralización decisoria y operativa, pues a nivel local es más viable la mayor transparencia de los actores sociales y sus propuestas, así como un mayor grado de control social y nivel de asociación entre las ONG con las demás instituciones de la sociedad más identificadas con las poblaciones, particularmente las excluidas.

Liderazgo. El liderazgo hace posible que las instituciones y el sector construyan éxito en el futuro al reunir y expresar un conjunto de valores, una misión y una visión de dónde se quiere llegar. Liderazgo tiene más que ver con distribuir poder que con controlar, quiere decir, aumentar la autodisciplina; desarrollar destrezas de pensamiento sistémico y argumentos de política para convencer a otros, y saber escuchar opiniones diversas y divergentes; desarrollar la capacidad de pensar estratégica y prospectivamente los procesos de análisis, planificación y gerencia en todos los niveles, incluyendo la

promoción de nuevos nuevos modelos de planificación prospectiva y gerencia participativa.

Análisis y acciones intersectoriales. La renovación de SPT supone la armonización de las políticas sociales, entre ellas las de salud con aquellas referidas a la promoción del desarrollo socioeconómico, específicamente con las políticas macroeconómicas y entre éstas, particularmente las de ajuste fiscal y de reducción del déficit público. La intersectorialidad facilita la estructuración de políticas sociales atendiendo la multicausalidad de los problemas, y permite incorporar los puntos de vista de la gente sobre su condición de salud y preferencias en el diseño, gerencia y evaluación de planes, programas o proyectos de salud (8). Se deberá fortalecer la capacidad nacional de analizar la situación de salud de los diferentes grupos de población y de vigilar el impacto de las acciones en salud y bienestar como un componente esencial del proceso de toma de decisiones.

Estas prioridades y estrategias deberán asegurar su financiamiento mediante la efectiva movilización de recursos y mecanismos de planificación de la cooperación externa, así como de coordinación interagencial. Se requerirá una mayor coordinación interagencial por parte de gobiernos, agencias de las Naciones Unidas y cooperación bilateral y multilateral, con inclusión de las ONG, en el logro de los objetivos definidos en común. La presencia estatal en la coordinación y regulación del sector no gubernamental para que éste responda a las metas y políticas nacionales es esencial. Finalmente, la propuesta de renovación de SPT deberá ser factible financiera y económicamente, considerando al conjunto del sector salud, en todos sus niveles, a los subsectores privados y de seguridad social, junto con los que administran los gobiernos nacionales y locales.

6.2 *Objetivos generales*

Los objetivos expresados a continuación son de carácter general y variarán en importancia según el país y su ubicación en la agenda política nacional. La definición de objetivos específicos con respecto a las prioridades definidas por cada país se beneficiará al ser repensadas en términos epidemiológicos y la posibilidad de controlar o eliminar enfermedades, daños y condiciones, considerando la capacidad de la infraestructura del país, el grado de descentralización y el apoyo organizacional existente. Estos son:

- Asegurar el acceso a la educación e información en salud, medicamentos esenciales, nutrición, agua y saneamiento y los servicios de salud costo efectivos y de calidad a toda la población;

- Reducir el impacto negativo de las condiciones socioeconómicas, políticas y ecológicas sobre la salud de los grupos más vulnerables;
- Buscar el desarrollo de poblaciones física, psicológica y socialmente saludables, libres de violencia, y hacerlo con dignidad, respetando su diversidad cultural y teniendo en cuenta aspectos de género en la planificación de intervenciones;
- Erradicar, eliminar, reducir y controlar las principales enfermedades, daños y condiciones que afectan adversamente la salud, en particular a aquellas enfermedades emergentes o que han reaparecido;
- Promover y facilitar el acceso de todos a medio ambientes y condiciones de vida saludables mediante la promoción de estilos de vida saludables, la reorganización de servicios de salud y del medio ambiente, y mecanismos regulatorios;
- Asegurar la disponibilidad y aplicación del conocimiento y tecnología necesarias para reparar y lograr ganancias en salud.

6.3 *Estrategias*

La XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana aprobó las Orientaciones Estratégicas y Programáticas para la OPS para el período 1995-1998. Estas se refieren a: promoción y protección de la salud, prevención y control de enfermedades, promoción y protección del medio ambiente, salud en el desarrollo humano y desarrollo de sistemas y servicios de salud. Las mismas representan un punto de partida en los procesos dirigidos a redimensionar o identificar nuevas estrategias de acción dirigidas a la renovación de la meta SPT en las Américas.

La esencia de la estrategia de APS es el reconocimiento de que las causas determinantes de la salud-enfermedad son de naturaleza compleja, multi-causal y vinculadas al proceso de desarrollo. SPT afirma un derecho social inscrito en el estatuto de ciudadanía de una sociedad moderna y democrática, donde las políticas de desarrollo y de salud se orientan a la creación de condiciones saludables de vida en todos los ambientes y a la lucha contra la inequidad. SPT y APS son propuestas dirigidas a establecer programas prioritarios para toda la población, un conjunto de intervenciones y estrategias de aplicación con el fin de lograr el mayor impacto en la salud y el bienestar de la población con los recursos disponibles. La estrategia de atención primaria de salud, dinamizada por el advenimiento de la promoción de la salud, deberá ser redimensionada según los requerimientos de la situación de salud actual y aquellas anticipadas a nivel nacional y local. Las estrategias que se definan deberán estar dirigidas a atender los problemas de salud prioritarios y tendrán como objetivo recuperar,

reparar y obtener ganancias en salud considerando la factibilidad técnica, económica y financiera, social y cultural de las políticas, planes y proyectos.

Los principios y componentes de las estrategias deberán expresarse en términos concretos e instrumentales, a la vez que se conserve la flexibilidad y adaptabilidad a los distintos contextos nacionales y locales. El éxito de las estrategias dirigidas al logro de SPT se medirá, en última instancia, en términos de las transformaciones cualitativas y cuantitativas registradas a nivel de los individuos, la población, el ambiente y los servicios. No es claro si las reformas sectoriales que están teniendo lugar en la Región están conduciendo al logro de salud para todos, ya que existe un compromiso político explícito para atender las necesidades de la población, y que algunos principios son comunes a SPT (eficiencia, equidad, el paquete básico y la participación, por ejemplo). Esta es un área que requiere profundo análisis a fin de facilitar la formulación de estrategias específicas que aseguren el logro de los valores que sostienen SPT. Se deberá buscar las maneras para que el sector salud contribuya efectivamente con información, análisis de políticas y esquemas alternativos sustanciales a las decisiones sobre reformas en organización y financiamiento de los servicios que afectarán el acceso de las poblaciones.

En este contexto de reformas, donde la formulación sistemática de cambios todavía no están evaluados, pero que podrían afectar negativa y profundamente el acceso de la población a servicios de calidad, se sugiere la creciente importancia de crear o fortalecer la capacidad técnica para planificar estratégicamente a mediano y largo plazo políticas, programas y proyectos de salud, orientados a mejorar la equidad de acceso y calidad de vida de la población, asegurando simultáneamente la eficiencia y eficacia del gasto nacional.

Es esencial replantear la contribución del sector salud al proceso de desarrollo económico y social y a la productividad y competitividad de la fuerza laboral. Por otra parte, la estrecha relación entre el aprendizaje y el rendimiento escolar, las condiciones de vida y la situación de la salud de la población sugieren que la inversión en salud será un factor complementario para asegurar la rentabilidad social de las inversiones en educación y en programas de capacitación de la fuerza laboral. Además, el tema de la articulación de los sectores y actores en la salud, dentro de la agenda de las discusiones a nivel nacional y regional, deberá proponerse reconociendo el carácter intersectorial de las políticas de salud en respuesta a los problemas.

7. El papel de la Organización Panamericana de Salud

La nueva visión del desarrollo, a la cual se han comprometido los países del mundo requiere una acción efectiva por parte de la OPS en el campo de la salud de las Américas. Esta respuesta se verá reflejada no solamente en la aplicación de orientaciones

de política a mediano plazo, sino también en la búsqueda constante y revisión de los mecanismos, prioridades y modalidades de la cooperación técnica internacional a largo plazo, a fin de contribuir eficientemente al logro de los más altos objetivos del desarrollo humano sostenible en las Américas.

La OPS tiene responsabilidades constitucionales, las que se refieren básicamente a su papel en coordinación y cooperación técnica internacional en salud. En este sentido, la OPS continuará tomando acciones para mejorar su posición en el ámbito de la salud continental con una clara definición de su papel en el futuro de la salud regional. Se buscará además fortalecer su liderazgo en la rectoría de salud en las Américas, incluyendo un papel catalítico para la colaboración intersectorial y la inversión en salud en consideración a los nuevos contextos regionales y mundiales. La OPS identificará y fortalecerá las formas más óptimas de apoyar el logro de SPT, renovando su papel de asesoría y estímulo a la fijación de doctrina y a la acción política en salud de los países, con funciones de evaluación y vigilancia.

REFERENCIAS

1. OPS. *Vigilancia y evaluación de las estrategias de salud para todos en el año 2000*. CSP24/21, setiembre 1994.
2. OMS/UNICEF. *Atención primaria de salud*. Informe conjunto del Director General de la OMS y el Director Ejecutivo de la UNICEF, Ginebra/Nueva York, 1978.
3. OPS. *Plan regional de acción para la implementación de salud para todos*. Washington, D.C., 1992, y *Estrategia regional de salud para todos en el año 2000*. Washington, D.C., 1980.
4. Ministerio de Salud y Bienestar de Canadá/OMS/ACSP. *Carta de Ottawa par la promoción de la salud*. Conferencia Internacional sobre Promoción de Salud, 17-21 noviembre 1986. OPS/Ministerio de Salud de Colombia. *Promoción de la salud y equidad*. Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Santa Fé de Bogotá, noviembre 1992.
5. Banco Mundial. *Informe de desarrollo mundial*. Banco Mundial: Washington, D.C., 1995.
6. OPS. *Condiciones de salud en las Américas*. OPS: Washington, D.C., septiembre 1994.
7. Whitehead, Margaret. *Conceptos y principios de la equidad en salud*. OMS, Oficina Regional para Europa, Programa de Políticas de Salud y Planificación. Ministerio de Sanidad y Consumo, España, 1990.
8. OPS. INPLAN/7 Documents. Washington, D.C., 30 abril 1982. Meeting on Intersectorial Action for Health, Ginebra, 29 abril-1 mayo 1985, y en las consultas previas a las Discusiones Técnicas sobre Acción Intersectorial que se llevaron a cabo durante la 39a Asamblea Mundial de la Salud en Ginebra en mayo de 1986.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Salud para todos en las Américas

Fechas	Países Miembros	Cuerpos Directivos	Secretariado
1995			
Febrero			Documento preliminar para activar el proceso de renovación de la meta SPT es presentado y discutido en la reunión del Gabinete del Director.
Marzo 1-3			Establecimiento del Grupo Asesor del D para esta actividad, cuyo principal objetivo es asesorar sobre la dirección general y enfoques referidos al logro de SPT en las Américas.
Marzo 13-14			Información a PWRs
Febrero-Marzo			Grupo de Trabajo prepara los términos de referencia para una reunión de un proceso de consulta amplio para la renovación de la estrategia de salud para todos, una agenda para consultas nacionales y regionales, y un borrador del documento base el cual será el punto de discusión para consultas nacionales y regionales. Los términos de referencia y el documento base tomará en consideración la evaluación de salud para todos en la Región, las OEPs y el proceso general de planificación para entrelazar los elementos principales.
Abril 3-4	Reunión del Comité Asesor del Director Renovación Salud para Todos en las Américas en Washington, D.C.		
Abril 24-25		Información al SPP.	Elaboración y distribución del informe final del Grupo Asesor. El plan de acción y el documento base es revisado por el Gabinete del Director y es distribuido a los países y PWRs.
Abril 28-Mayo 1		El Director presenta el plan de trabajo y el borrador del documento base para el Comité del Programa Global (GPC).	Confirmación de un grupo interprogramático para la preparación de un documento de apoyo a las consultas nacionales para renovación de SPT.
Mayo 1-Mayo 12	Asamblea Mundial de la Salud		Establecimiento del Grupo Regional en apoyo a SPT.
Mayo 5	Consejo Ejecutivo de la OMS (EE)		Las actividades durante este período incluirán consultas con otras agencias de la Naciones Unidas, otras organizaciones internacionales y ONGs. Visitas a países y presentaciones del tema en reuniones subregionales.

Fechas	Países Miembros	Cuerpos Directivos	Secretariado
Junio 19-Julio 1		Información al Comité Ejecutivo	La preparación del documento de apoyo a las consultas nacionales, regionales y a las discusiones técnicas de la OPS incluye comentarios y sugerencias recibidas de líderes de salud en la región.
Agosto-Octubre			Comienza la preparación de la reunión sobre Tendencias Futuras y Renovación de SPT a realizarse en Uruguay, Junio 9-12, 1996.
Septiembre 19-30		Información al Consejo Directivo	
Septiembre 21-22	Discusiones Técnicas en los países con participación de nacionales en varios de ellos.		Discusiones Técnicas en la Oficina Central y Países sobre el tema SPT en las Américas.
Octubre			Introducción de ajustes al documento Preparación de la publicación sobre las Discusiones Técnicas. Preparación de la Reunión sobre Tendencias Futuras y Renovación de SPT.
Noviembre-Diciembre	Continuar las consultas nacionales y el enriquecimiento de una SPT renovada..		
Diciembre		Información al Subcomité de Planificación y Programación.	Preparación de documento sobre el impacto de las resoluciones de las Cumbres sobre SPT.
1996			
Enero			Actualizar la programación para 1996, de acuerdo al resultado de actividades en 1995. Otras actividades serán necesarias para considerar el nuevo contexto en la Región y recomendaciones emanadas de eventos anteriores.
Marzo 25-27		Presentación del documento regional al Subcomité de Planificación y Programación. Discusión.	Intensificación de consultas con organismos internacionales, universidades y otras instituciones relevantes sobre el proceso de RSPT.
Abril			Introducción de ajustes al documento según recomendaciones del SPP.
Mayo		Presentación de avance de SPT en las Américas durante la Asamblea Mundial de la Salud.	Continuar el apoyo a las consultas nacionales.

Fechas	Países Miembros	Cuerpos Directivos	Secretariado
Junio 9-12	Reunión sobre Tendencias Futuros y Renovación de SPT, Montevideo, Uruguay. Conjuntamente se realizó la reunión de la Red Internacional de Futuros de Salud y la presentación del Manual de Futuros de Salud en apoyo a la RSPT.		
Junio		Presentación del documento revisado al Comité Ejecutivo.	
Septiembre		Presentación del documento al Consejo Directivo. (Un evento importante podría ser programado en Washington en este momento para resaltar el tema de Renovación del compromiso con la meta de Salud para Todas las Américas.)	
Octubre-Diciembre	Organización de talleres para revisar las metas hacia el logro de SPT en los contextos nacionales.		Apoyo de la OPS en la organización de talleres nacionales y la formulación de un plan regional para lograr SPT.
	Implementación del plan regional para el logro de SPT.		
1997			
Enero-Diciembre	Interfase de actividades de RSPT con los procesos de evaluación de las OEP 1995-1998.	Reuniones de Cuerpos Directivos	Apoyo de OPS a la implementación del plan regional. Interfase de actividades de RSPT con los procesos de evaluación de las OEP 1995-1998.
1998			
	Conferencia Política de Salud Global		