

## Vigilancia de la situación de salud según condiciones de vida

Los profundos cambios económicos y político-sociales ocurridos en los últimos años a nivel internacional y en América Latina en particular, así como los que se están produciendo en la organización, financiamiento y accesibilidad a los servicios de salud, tanto de promoción, como de prevención y reparación, han contribuido a un fuerte deterioro de las condiciones de vida de importantes sectores de la población, y a la profundización de las desigualdades en cuanto a condiciones de vida y salud. En este contexto existe una necesidad creciente de desarrollar procedimientos de evaluación de la situación de salud y las condiciones de vida de los diferentes sectores de la población, que tenga la capacidad y sensibilidad de estudiar tanto las tendencias de largo plazo como los cambios de corto plazo y de carácter coyuntural, y de evaluar el impacto de las diversas respuestas sociales.

La preocupación por reducir las excesivas desigualdades, que en cuanto a condiciones de vida y salud afligen a los pueblos de las Américas, es de larga data. Así, en agosto de 1961, en la Carta de Punta del Este (1) se señalaba la necesidad de lograr "un grado máximo de bienestar con iguales oportunidades para todos", y de establecer metas que tuviesen en cuenta "no solo ... el nivel medio de ingreso real o del producto bruto por habitante", sino también una distribución más equitativa del ingreso nacional. Para ello, los planes de desarrollo debían establecer metas para lograr "el mejoramiento de las condiciones de vida ... incluyendo el progreso en materia de vivienda, educación y salud", e identificar las acciones inmediatas "para concentrar los esfuerzos en las zonas menos desarrolladas o más deprimidas en que existan problemas sociales especialmente graves en cada país".

En 1972, en su III Reunión Especial, los Ministros de Salud de las Américas formularon el Plan Decenal de Salud de las Américas (2), cuya meta principal era el aumento de la esperanza de vida de las poblaciones, y el cual recomendó "comenzar en el decenio la instalación de mecanismos que hagan viable el logro de la cobertura total de la población por los sistemas de servicios de salud en todos los países de la Región". En 1977 la Asamblea Mundial de la Salud (3) recomendó como la principal meta social el "alcanzar para todos los ciudadanos del mundo, en el año 2000, un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva". Ese mismo año, en su IV Reunión Especial (4), los Ministros de Salud de las Américas identificaron y definieron a la Atención Primaria de Salud como la principal estrategia para lograr las metas establecidas dentro del contexto intersectorial del desarrollo económico.

Posteriormente, en 1978 en Alma-Ata, la Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de la Salud (5), estableció que la "atención primaria es la clave para alcanzar

la meta de Salud para Todos en el año 2000 (SPT 2000), como parte del desarrollo general, conforme al espíritu de la justicia social", y, en 1979, la Asamblea Mundial de la Salud (6) instó a los Estados Miembros a definir y poner en práctica estrategias nacionales, regionales y globales tendientes a alcanzar esta meta.

En 1980 la Organización Panamericana de la Salud (7), formuló las estrategias, metas y objetivos específicos para la Región de las Américas, y definió los indicadores mínimos para evaluar su desarrollo a nivel de los países. Señaló que esos objetivos estaban "orientados a asegurar la contribución específica del sector salud en la reducción de las desigualdades sociales y económicas." En ese documento se establece que "la meta" de SPT y sus estrategias "envuelven a toda la población", que deben dar "prioridad a la población de extrema pobreza en áreas rurales y urbanas", y que "el mejoramiento de los niveles de bienestar es una condición necesaria para alcanzar la meta".

Finalmente, en la XXIII Conferencia Sanitaria (1990) (8), los Ministros señalan "la disparidad en la distribución de la riqueza, la falta de integración de una parte sustancial de la población a los niveles más elementales del bienestar social" y la necesidad de considerar como componentes fundamentales del desarrollo "el abatimiento de la desigualdad y la atención a necesidades humanas esenciales, entre ellas la salud" y la lucha contra la pobreza extrema. A la vez, destacan como urgente "la tarea de documentar y analizar los efectos del estancamiento económico, de la crisis general, de la desigualdad social y la multiplicación de la pobreza extrema sobre las condiciones de salud de la población" y, por lo tanto, consideran necesario "desarrollar la capacidad del sector para aplicar un enfoque epidemiológico al conocimiento del estado de salud de la población".

En los últimos años, la preocupación por las desigualdades en salud según condiciones de vida se ha traducido en numerosos estudios internacionales. En el contexto latinoamericano se pueden citar trabajos sobre la magnitud de la pobreza en América Latina en los años de 1980 (9), las necesidades esenciales de salud en México (10), los determinantes sociales de la mortalidad (11,12) y, más recientemente, las desigualdades en salud en Ecuador (13). Otra importante expresión fue el proyecto desarrollado por la OMS sobre desigualdades en salud en Europa (14). En la Carta de Ottawa (15), la estrecha relación entre la situación de salud y las condiciones de vida de diferentes grupos poblacionales, y por lo tanto, la necesidad de desarrollar acciones integrales, multisectoriales, para transformar estas condiciones de vida y salud, se expresan al declarar que "la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, el ingreso, un ecosistema estable, la conservación de los recursos, la justicia

social y la equidad, son requisitos fundamentales para la salud”.

En la Región de las Américas, actualmente, no solo persisten grandes desigualdades entre los países y al interior de los mismos, sino que el deterioro de la situación económica se ha traducido en un incremento de la población en condiciones de pobreza tanto extrema como relativa. A pesar de la considerable reducción de la mortalidad registrada en los últimos 35 años, en muchos sectores de la población la mortalidad a edades tempranas y la morbilidad y mortalidad por enfermedades diarreicas y respiratorias agudas y otros cuadros transmisibles y prevenibles continúan siendo relevantes. En muchos casos han recrudecido enfermedades que habían descendido considerablemente, y han aparecido epidemias y graves problemas de enfermedades transmisibles, como el cólera y el SIDA, los que, además de la drogadicción y la violencia, traducen un deteriorado cuadro de las condiciones de vida (16).

En el contexto de la crisis económica mundial gran parte de los países de la Región han visto quebradas sus economías y han debido someterse a procesos de ajuste que pretenden combatir la inflación y auspiciar el crecimiento, al mismo tiempo que buscan una nueva forma de inserción en la economía internacional. Estas políticas de ajuste han profundizado el deterioro social y político-institucional que en mayor o menor medida había comenzado a manifestarse desde la década de 1970 (17,18). En la mayoría de los países los servicios de salud pública se han deteriorado considerablemente y predomina la tendencia a la reducción del gasto per cápita en salud por parte del sector público y una concentración en acciones de carácter curativo de los cada vez más escasos recursos disponibles (19). A la vez, en el marco de las políticas de ajuste, se han introducido modificaciones significativas en la organización de esos servicios, y sobre todo en su forma de financiamiento, con predominio de las tendencias a la privatización y transferencia de los costos operativos hacia los usuarios.

Con el apoyo de organismos internacionales, los gobiernos han desarrollado diferentes estrategias de intervención para intentar frenar el impacto negativo de la crisis sobre los sectores sociales más empobrecidos. En varios países se han creado fondos de desarrollo social, o están en proceso de conformación, y en casi todos se han comenzado a definir programas de intervención social directamente dirigidos a los sectores más vulnerables. En un intento por superar las dificultades burocráticas y llegar más directamente a la población, la mayoría de estos programas son organizados al margen de las estructuras tradicionales de los Ministerios de Salud, por medio de nuevas instituciones desarrolladas ad-hoc por el sector oficial o de organizaciones no gubernamentales. En algunos casos parte del financiamiento previamente destinado a los servicios oficiales se ha derivado de las estructuras tradicionales hacia estas nuevas modalidades, agravándose las dificultades financieras de aquellas. La gran mayoría de estos programas

de emergencia o de inversión social se concentran en un número limitado de líneas de acción, dirigidas a un número reducido de problemas específicos en los grupos de población considerados más afectados por la crisis.

Hasta ahora el conocimiento y la información disponibles no han sido suficientes para documentar las relaciones entre el deterioro de las condiciones de vida y de la cobertura y calidad de los sistemas de salud, por un lado, y la problemática de salud/enfermedad por el otro. Por lo tanto han jugado un papel limitado en la toma de decisiones y la planificación de estas acciones de salud y bienestar, así como en la evaluación del impacto de las mismas. Ello confiere urgencia y prioridad a la necesidad de desarrollar métodos y técnicas que permitan medir el efecto de la crisis en diferentes sectores de la población, identificar sus problemas prioritarios y evaluar el impacto de las respuestas sociales.

No basta evaluar solo las tendencias históricas de las condiciones de vida y de salud a nivel nacional de los países. Es necesario, además, evaluar la salud de grupos poblacionales específicos, y, sobre todo, vigilar el comportamiento de las desigualdades entre diferentes grupos. Es igualmente perentorio evaluar el impacto de las acciones adoptadas —en unidades de tiempo útiles para la toma de decisiones— para reafirmar o reorientar los recursos y acciones en función del mayor impacto posible con los recursos disponibles. Cada vez aparece como más necesario desarrollar la capacidad de evaluar los cambios en el corto plazo, como complemento del estudio de las tendencias en los plazos mediano y largo.

No se trata solo de identificar algún “nuevo” grupo de indicadores con mayor o menor capacidad de discriminación, los cuales serían aplicados de manera universal a todo grupo poblacional y a todo país. Parecería necesario un esfuerzo mayor de redefinición conceptual del campo de la salud, y de incorporación de metodologías más adecuadas para captar la dinámica de los cambios, así como de asumir y desarrollar técnicas que hasta ahora han sido poco utilizadas en el campo de la evaluación de la situación de salud.

Todo lo anterior ha motivado la decisión de promover en los países el desarrollo de sistemas nacionales de evaluación y vigilancia de las condiciones de vida y de salud de los diferentes sectores de la población, estratificada según condiciones de vida. Estos sistemas deberán tener la capacidad de evaluar los cambios coyunturales y, por lo tanto, el impacto que sobre los diferentes grupos de la población tienen los cambios socioeconómicos y de las acciones de salud y bienestar, al mismo tiempo que reforzar el conocimiento de las tendencias de largo plazo.

El estudio de las desigualdades en la situación de salud y su relación con las condiciones de vida plantea importantes retos conceptuales, metodológicos y técnicos, que abarcan los propios conceptos de salud, condiciones de vida y desigualdad, todos los cuales han sido abordados en diferentes circunstancias y contextos (20,21,22). Ello requiere una revisión crítica de los diferentes modelos

conceptuales que han sido utilizados, desde el modelo ecológico propuesto por Morris (23), el utilizado por Blum (24), el de Lalonde (25), y el de Dever (26,27) entre otros. Es preciso avanzar en la reformulación de un marco conceptual integrador que pueda sustentar la operacionalización del estudio de la situación de salud, articulado con el conjunto de los procesos de reproducción social de las condiciones de vida en sus diferentes dimensiones (biológica, ecológica, psico-cultural y económica), y en sus diferentes niveles de manifestación como fenómenos individuales, de grupo particular y del conjunto de la sociedad, sin ignorar la riqueza de los procesos involucrados.

La reconceptualización de salud vinculada a las condiciones de vida de cada grupo poblacional, y la redefinición de las unidades de análisis, variables e indicadores relevantes, así como la articulación del proceso de conocimiento de la situación de salud con los procesos de toma de decisiones y evaluación del impacto de las acciones, enfrentan a problemas de gran complejidad epistemológica, que no pueden ser resueltos con la simple compartimentalización y fragmentación de la realidad, obviando el esfuerzo de construcción teórica.

Diversas disciplinas científicas se han enfrentado a la necesidad de reducir la complejidad en su objeto de estudio, en el contexto de la vinculación entre proceso cognitivo y toma de decisiones, y han producido desarrollos conceptuales y metodológicos, tales como la noción de "sistemas jerárquicos y cuasi descomponibles", la de "problemas complejos y mal estructurados" y la de "estructura latente". En el campo de la metodología de investigación, el renovado interés por el desarrollo de los métodos generales se ha traducido en herramientas tales como las de "triangulación metodológica", y la de "sistemas de matrices de datos", entre otras, que pueden ser de gran utilidad para la articulación de unidades de análisis, variables e indicadores de diferentes niveles, y para la integración de diferentes métodos cuantitativos y participativos en un mismo estudio.

Finalmente, para facilitar el diseño de proyectos específicos en los países sería importante recuperar técnicas tales como la utilización de unidades espacio-poblacionales, ampliamente aplicadas por la geografía para la estratificación de la población según condiciones de vida. Asimismo, las técnicas basadas en los conceptos de poblaciones centinela y de problemas e indicadores trazadores, adaptadas a las necesidades de los proyectos de cada país, podrían ayudar a aumentar la sensibilidad del sistema de vigilancia, y a reducir el número de indicadores y los costos operativos.

A fin de facilitar la discusión y el enriquecimiento de estos conceptos, el Programa Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias de la OPS ha preparado un documento de trabajo en el cual se recogen muchos de los desarrollos señalados y con base al cual se ha comenzado a promover propuestas operativas específicas, adecuadas a cada realidad nacional. El documento no tiene carácter prescriptivo ni se orienta a la búsqueda de consenso sobre todo su contenido,

sino que espera contribuir al proceso particular de cada país y facilitar la cooperación local de la OPS, con una metodología de carácter participativo, para el diseño de sistemas idóneos, viables y factibles, capaces de responder a las necesidades planteadas según el criterio nacional. Las primeras tentativas en este proceso, hasta ahora restringido a cuatro países, han permitido incorporar la capacidad científico-técnica de las propias instituciones involucradas, lo cual se traduce en las características particulares de cada propuesta, y ha enriquecido considerablemente el documento inicial de trabajo, a la vez que facilita la evaluación de la viabilidad y factibilidad de las propuestas.

Se espera que este esfuerzo sea capaz de concluir en propuestas operativas relativamente sencillas, aplicables en las condiciones de recursos técnicos y financieros de los países, de manera que puedan ser asumidos como actividad permanente de las instituciones involucradas, como complementación y refuerzo de los sistemas de información ya existentes, y estrechamente vinculadas a los procesos de decisión, en el espacio de interacción entre los órganos de gobierno y las instituciones de la sociedad civil.

*Nota:* El borrador de trabajo del documento puede ser solicitado al Programa Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias por medio de la Representación de la OPS.

#### Referencias

- (1) Acuerdo mediante el cual se estableció la Alianza para el Progreso. *Carta de Punta del Este*, Títulos 1, 2 y Apéndice Título 2.
- (2) III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas 1972. *Plan Decenal de Salud en las Américas*. Washington, D.C., Documento Oficial N° 118, 1973.
- (3) Resolución WHA 30.43, Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra, 1977.
- (4) IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. Washington, D.C., 26-27 septiembre de 1977.
- (5) Conferencia Internacional Sobre Atención Primaria de Salud, OMS/UNICEF, Alma-Ata, URSS, septiembre, 1978.
- (6) Resolución WHA 32.30, Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra, 1979.
- (7) *SPT/2000. ESTRATEGIAS*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, Documento Oficial No.173, 1980. Reimpresión de 1983, pp. 152, 153.
- (8) *Orientaciones estratégicas y programáticas para la OPS en el cuatrienio 1991-1994*. XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana. Washington, D.C., OPS, 1990.
- (9) Comisión Económica para América Latina y el Caribe-Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. *Magnitud de la Pobreza en América Latina*. Documento LC/L.533, mayo 1990.
- (10) Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginales. *Necesidades esenciales de salud en México. Situación actual y perspectiva al año 2000*. México, Siglo XXI Editores, 1982.
- (11) Behm, H. *Determinantes económicos y sociales de la mortalidad en América Latina*. Trabajo presentado en la reunión ONU/OMS sobre determinantes socioeconómicos de la mortalidad y sus consecuencias. México, 1979.
- (12) Behm, H, Guzmán, JM, Robles, A y Schkolnik, S. *Factores sociales de riesgo de muerte en la infancia*. Santiago, CELADE, 1990.

(13) Breilh, J, Granda, E. y cols. *Deterioro de la vida*. Quito, Corporación Editora Nacional/CEAS, 1990.

(14) Health inequities in Europe. *Soc Sci Med* 31(3):223-420, 1990.

(15) *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. I Conferencia Internacional sobre la promoción de la salud. Ottawa, OMS, Salud y Bienestar Social Canadá, Asociación Canadiense de Salud Pública, noviembre 1986.

(16) Organización Panamericana de la Salud. Programa Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias. La práctica epidemiológica en los sistemas de servicios de salud. *Bol Epidemiol* 11(3), 1990.

(17) Sistema Económico Latino Americano (SELA). *Las consecuencias sociales del endeudamiento externo de América Latina*. Caracas, 1988.

(18) Cornia, GA, Jolly, R y Stewart, F. *Ajuste con rostro humano*. Madrid, UNICEF/Siglo XXI Editores, 1987.

(19) *Las condiciones de salud en las Américas. Edición 1990*, Volumen I. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1990.

(20) Illsley, R y Baker, D. Contextual variations in the meaning of health inequality. *Soc Sci Med* 32(4): 359-366, 1991.

(21) Vagerö, D. Inequality in health. Some theoretical and empirical problems. *Soc Sci Med* 32(4): 367-372, 1991.

(22) Lundberg, O. Causal explanations for class inequality in health. An empirical analysis. *Soc Sci Med* 32(4), 385-393, 1991.

(23) Morris, JN. *Uses of epidemiology*. (3a ed). Edimburgo, Churchill Livingstone, 1975.

(24) Blum, HL. *Planning for health*. Development application of social change theory. Nueva York, Human Sciences Press, 1974.

(25) Lalonde, M. *A new perspective and the health of Canadians*. Oficina del Ministro de Salud y Bienestar Nacional. Abril 1974. Citado por Dever. Op cit.

(26) Dever, GEA. Holistic health. An epidemiological model for policy analysis. En: *Community health analysis*. Gaithersburg, Aspen Publishers, 1980.

(27) En la segunda edición de este libro, el autor hace una ratificación del modelo propuesto y señala que la calidad de vida se ha convertido en una preocupación básica para el análisis de los problemas de salud. Dever GEA. *Community health analysis*. (2a ed.) Gaithersburg, Aspen Publishers, 1991, pp. 18.

(28) Castellanos, PL. Sobre el concepto de salud/enfermedad. Descripción y explicación de la situación de salud. *Bol Epidemiol* 10(4), 1990.

(29) Simon, HA. *Ciencia de lo artificial*. Barcelona, Editorial ATE, 1979.

(30) Simon, HA. *Models of my life*. Nueva York, Basic Books, Harper Collins Publishers, 1991.

(31) Mitrov, I. *Methodological approach to social sciences*. San Francisco, Jossey-Buss, 1978.

(32) Lazarsfeld, P. y Menzel, H. *Relaciones entre propiedades individuales y propiedades colectivas*. Barcelona, Editorial Laia, 1966.

(33) Jick, TD. Mixing quantitative and qualitative methods: Triangulation in action. *Administ Quarterly* 24(12), 1979.

(34) Samaja, J. *Triangulación metodológica. pasos para una comprensión de la dialéctica de la combinación de métodos*. V Congreso Latinoamericano de Medicina Social. Caracas, marzo 1991.

(35) Samaja, J. *Dialéctica de la investigación científica*. Buenos Aires, Helguero Editores, 1987.

(Fuente: Programa Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias, OPS.)

## Taller latinoamericano sobre estrategias para acelerar el mejoramiento del registro civil y de los sistemas de estadísticas vitales

El Departamento de Cooperación Técnica para el Desarrollo y la Oficina de Estadísticas de las Naciones Unidas están organizando un taller latinoamericano para acelerar el mejoramiento del registro civil y los sistemas de estadísticas vitales. El Instituto Nacional de Estadística y Censos de Argentina auspiciará la reunión que tendrá lugar en Buenos Aires, del 2 al 6 de diciembre 1991. La organización del evento cuenta con la cooperación de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, el Instituto Internacional para el Registro y Estadísticas Vitales y la Comisión Económica de las Naciones Unidas para América Latina y el Caribe, y con el auspicio del Fondo de Población de las Naciones Unidas. Participarán once países de América

Central y del Sur en donde la cobertura del registro es superior al 80%. La conferencia será en español.

El taller tiene los siguientes propósitos: a) discutir formas de promover entendimiento sobre los sistemas nacionales de estadísticas vitales y de registro civil en cada uno de los países participantes; b) evaluar los procesos nacionales de registro y de estadísticas vitales, su cobertura y confiabilidad, y c) proponer una estrategia para el mejoramiento de los sistemas de estadísticas vitales y registro civil para los países participantes.

Para obtener mayor información escribir a: William Seltzer, Director, Oficina de Estadísticas de las Naciones Unidas, One United Nations Plaza, New York, New York 10017, EUA.