



**SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO:
escenarios y prioridades para el
nuevo milenio**

**Propuesta para la discusión de las
OEP 1999-2002**

**DIVISIÓN DE SALUD Y DESARROLLO HUMANO
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD**

Washington, DC

Octubre, 1997



© 1997. Organización Panamericana de la Salud (OPS)

La Organización Panamericana de la Salud se reserva todos los derechos. La presente no es una publicación oficial de la OPS. El contenido de este documento puede ser reseñado, resumido, reproducido o traducido totalmente o en parte, sin autorización previa, a condición de que se especifique la fuente y de que no se use para fines comerciales.

Para obtener información adicional, favor de dirigirse a:

División de Salud y Desarrollo Humano
Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud

525 23rd St. N.W
Washington, DC 20037
EUA

Tel: (202) 974-3210
Fax: (202) 974-3652

TABLA DE CONTENIDO

Página

1	EL PENSAMIENTO DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD EN RELACIÓN A LA SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO.....	1
2	COMPONENTES INTERDEPENDIENTES DEL DESARROLLO HUMANO.....	7
2.1	Crecimiento económico: ¿componente o sinónimo de desarrollo humano?	7
2.2	Comportamiento de la economía en la Región	7
2.3	Comportamiento de las variables económicas que afectan las condiciones de vida y la situación de salud de la población	15
2.4	Educación	21
2.5	Salud.....	24
2.6	Fortalecimiento de la democracia.....	32
3	LA SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO Y LA NUEVA SITUACIÓN INTERNACIONAL.....	37
3.1	Un mundo cada día más globalizado e interdependiente.....	37
3.2	Dimensión económica del desarrollo y globalización en la relación salud y desarrollo humano	38
3.3	Dimensión social del desarrollo y globalización en la relación salud y desarrollo humano	43
3.4	Dimensión cultural del desarrollo y la globalización en la relación salud- desarrollo humano	47
3.5	Dimensión política del desarrollo y globalización en la relación salud y desarrollo humano	51
4	SALUD Y DESARROLLO HUMANO EN EL CONTEXTO REGIONAL..	57
4.1	Principales retos y desarrollos	57
4.2	Ejes estratégicos para la cooperación global de la División de Salud y Desarrollo Humano (HDP).....	59

5	PRIORIDADES PROGRAMÁTICAS PARA LA COOPERACIÓN DE LAS UNIDADES TÉCNICAS DE LA DIVISIÓN DE SALUD Y DESARROLLO HUMANO	71
5.1	Evaluación de la situación de salud y sus tendencias.....	71
5.2	Salud y desarrollo socioeconómico.....	73
5.3	Legislación sanitaria, derechos humanos y ética	76
5.4	Programa Regional de Bioética para América Latina y el Caribe.....	79
5.5	Desarrollo de políticas y estrategias de investigación	82
5.6	La mujer, la salud y el desarrollo.....	85

ABREVIATURAS Y SIGLAS

ALADI	Asociación Latinoamericana de Integración
ALCA	Área de Libre Comercio de las Américas
ASIS	Análisis de la Situación de Salud [OPS]
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BIREME	Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud [OPS]
CAIS	Comité Asesor de Investigaciones en Salud [OPS]
CARICOM	Comunidad del Caribe
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe [Naciones Unidas]
CIE-X	Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª Revisión
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación
HDA	Programa de Análisis de la Situación de Salud [OPS]
HDD	Programa de Políticas Públicas y Salud [OPS]
HDP	División de Salud y Desarrollo Humano [OPS]
HDR	Programa de Coordinación de Investigaciones [OPS]
HDW	Programa sobre Mujer, Salud y Desarrollo [OPS]
IMPO	Organización Internacional de Médicos Parlamentarios
MCCA	Mercado Común Centroamericano
MERCOSUR	Mercado Común del Sur
OEP	Orientaciones Estratégicas y Programáticas [OPS]
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organizaciones no Gubernamentales
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PARLACEN	Parlamento Centroamericano
PARLATINO	Parlamento Latinoamericano
PIB	Producto Interno Bruto
PNB	Producto Nacional Bruto
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
REDEFS	Red Interamericana sobre Economía y Financiamiento de la Salud
SICA	Sistema de Integración Centroamericana
TLC	Tratado de Libre Comercio
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura

INTRODUCCIÓN

El tema que pretende abordar este documento ha sido definido por el Director de la Organización Panamericana de la Salud, Dr. George Alleyne, como uno de los más prioritarios para enfrentar los retos actuales y futuros para la salud en el hemisferio. Una gran cantidad de escritos y pronunciamientos de la Dirección se han enfocado sobre las múltiples interrelaciones entre los componentes del desarrollo humano, uno de los cuales es, precisamente, la salud. En este sentido, esta orientación llega a constituirse en una de las estrategias globales de la cooperación técnica en las Américas y, por tanto, a concebirse como tarea y compromiso de todas las unidades y programas de la Organización.

En su discurso más reciente ante el Banco Interamericano de Desarrollo, el Dr. Alleyne afirmaba que:

“El rol de la OPS se guía por dos principios: la búsqueda de la equidad y una postura panamericana. Una parte muy fundamental de nuestro trabajo es la producción de la información de la mayor calidad posible sobre la situación de salud y sus determinantes, no sólo para demostrar dónde yacen las inequidades sino, también, los efectos de las intervenciones sobre la reducción de las inequidades. Al nivel regional, debemos ocuparnos del diseño de planes y programas que atiendan los problemas derivados de la diseminación transnacional de riesgos en salud”.

El objetivo de la preparación de este documento ha sido reunir las reflexiones de los integrantes de los programas que conforman la División de Salud y Desarrollo Humano (HDP) en torno a cómo llevar la visión de la Dirección y los Cuerpos Directivos en esta materia a fruición. A partir de una conceptualización compartida de los antecedentes, el contexto, los retos y las exigencias que implica la incorporación plena de la salud dentro del desarrollo humano en la Región, se han procurado establecer las metas comunes y las tareas específicas de las unidades de HDP.

El documento se presenta con carácter preliminar, reconociéndose sus deficiencias, vacíos y hasta contradicciones, como producto de un esfuerzo colectivo que refleja la diversidad y el debate que enriquecen la construcción de la propuesta. La oportunidad que presenta su discusión en el seno de la reunión de gerentes y, posteriormente, en las unidades técnicas es demasiado valiosa para desaprovecharse. Contando con la comprensión de la audiencia, se aguardan críticas y aportes y se aprecia sobre todo el compromiso conjunto que se establezca en el sentido de contribuir al logro de un hemisferio más unido, más justo y más saludable.

Juan Antonio Casas, D/HPD

1 EL PENSAMIENTO DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD EN RELACIÓN A LA SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO

“... el desarrollo humano tiene cinco componentes inextricablemente unidos: salud, educación, crecimiento económico, un ambiente inocuo y sano, y toda una gama de libertades para las personas, entre ellas la democracia y los derechos humanos”¹.

En la filosofía de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el concepto de salud en el desarrollo se remonta a la primera Convención Sanitaria Internacional celebrada en Washington en diciembre de 1902. Allí, entre los deberes de la Oficina Sanitaria Panamericana, se incluía el de proporcionar su mayor ayuda y experiencia a fin de obtener la mejor protección posible para la salud pública de los países, conseguir la eliminación de la enfermedad y facilitar el comercio entre las naciones. Esta responsabilidad comprendía propósitos de carácter sanitario y de carácter económico entendiéndose que, al mejorar la salud, se facilitaría el comercio en y entre las naciones². A partir de entonces, es posible identificar hitos importantes en los que la OPS ha estado presente a través de la historia de las Américas. Entre otros pronunciamientos, se puede mencionar la Carta de Punta del Este de 1962, donde se menciona que la salud no es un fin sino un medio para llegar al desarrollo y el Plan de Salud de las Américas presentado en Santiago de Chile en 1972, donde se plantea la salud dentro del desarrollo. Sin embargo, la expresión *salud en el desarrollo* recién se incorpora al léxico institucional a principios de los años noventa cuando la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana aprueba las Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas 1991-1994.

En el documento, se destaca la relación entre salud y desarrollo en los términos siguientes:

... la agenda de acción que se plantea para la Organización Panamericana de la Salud durante el próximo cuatrienio toma en cuenta, en mucho mayor grado que en el pasado, el hecho de que la salud puede contribuir importantemente al proceso de construcción de un desarrollo sostenido que privilegie la atención a las necesidades humanas esenciales de los pobladores del Continente. Ello implica impulsar nuevas formas de acción del sector y redefinir sus relaciones con otros sectores de la actividad productiva y social.

1 Alleyne G. La salud y el desarrollo humano. *Bol Oficina Sanit Panam* 1996; 120(1):1-10.

2 Horwitz A. La transformación de la Organización Panamericana de la Salud en una agencia de Cooperación Técnica. En: Organización Panamericana de la Salud, Oficina de Análisis y Planificación Estratégica. *La OPS como organismo internacional especializado en salud: material de referencia, Discusiones Técnicas 5 y 6 de marzo de 1997.*

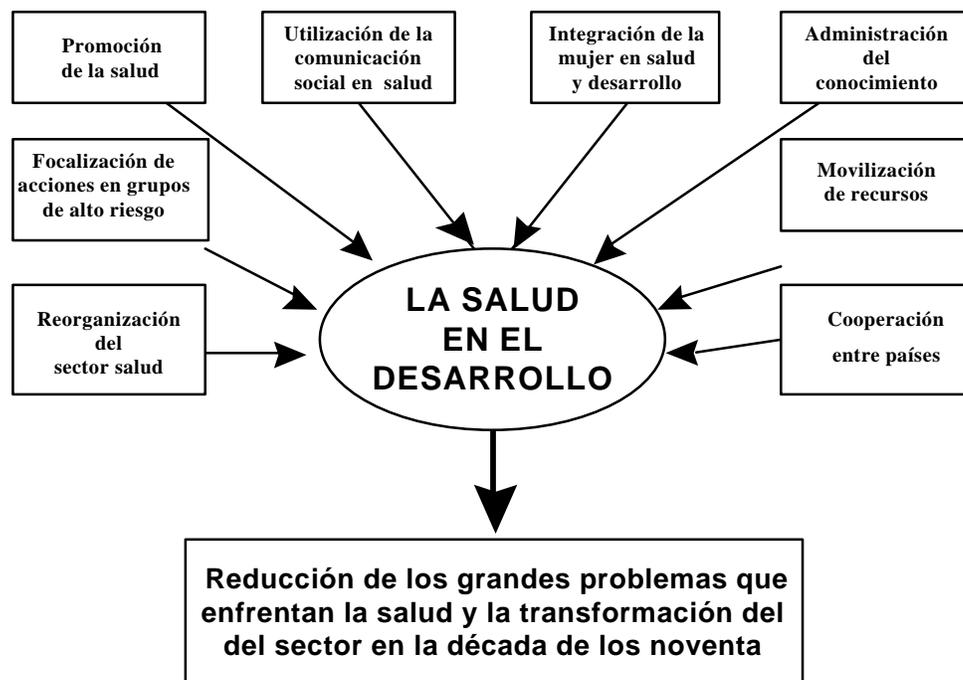
3 Organización Panamericana de la Salud. *Orientaciones estratégicas y prioridades programáticas 1991-1994.* Washington, DC: OPS; 1991. (PNSP/91-22).

La Agenda Regional en Salud centra el problema en la necesidad de dar atención prioritaria al capital humano, destacando el papel que en él juega la salud y planteando, al mismo tiempo:

... la tarea urgente de documentar y analizar los efectos del crecimiento estancado, de la crisis económica general, de la desigualdad social y de la multiplicación de la pobreza extrema sobre las condiciones de salud de la población, sobre la capacidad social de producción de servicios de salud pública y atención médica y sobre la asignación de recursos públicos y privados para financiar las acciones de salud⁴.

En el periodo 1991-1994, la salud en el desarrollo aparece por primera vez como orientación estratégica de la Organización, concebida como un producto del redimensionamiento de

... pensamiento y acción en el campo de la salud, tanto en función de la contribución que ésta puede hacer en las próximas décadas al progreso social de los pueblos de las Américas, como en razón de la interdependencia que existe entre la salud y un proceso de desarrollo humano sostenido⁵.



Fuente: Organización Panamericana de la Salud. *Orientaciones estratégicas y prioridades programáticas 1991-1994*. Washington, DC: OPS; 1991.

Figura 1-1. Articulación de las orientaciones estratégicas de la OPS para el cuatrienio 1991-1994

4 Ibídem, pág. 14.

5 Ibídem, pág. 25.

Así, la OPS define la salud en el desarrollo como una orientación estratégica globalizadora donde se expresa "la confluencia de las nueve orientaciones estratégicas en una dirección común, bajo el gran marco englobador de la primera de ellas: la salud en el desarrollo"⁶. Además, es importante observar la aprobación de orientaciones estratégicas como la integración de la mujer en la salud y el desarrollo, la administración del conocimiento, la promoción de la salud y la utilización de la comunicación social en salud, entre otras; en sus contenidos, se comprueba la importancia que se les asigna en la difícil tarea de construir un desarrollo más equitativo y sostenido.

Por su parte, la equidad abarca una parte intrínseca del concepto de desarrollo humano sostenible. La XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana destacó que

... la salud en el desarrollo implica, necesariamente, reducir las desigualdades sociales ante la salud, reducir el impacto de la crisis entre los más desvalidos, conformar programas integrales de bienestar social y mejoramiento de las condiciones de vida y de salud de las grandes mayorías, especialmente de los grupos sociales más desposeídos, y transformar los sistemas de salud sobre la base de un mayor énfasis en las acciones poblacionales de promoción de la salud y prevención y control de daños y riesgos, así como de una mayor participación ciudadana organizada"⁷.

El proceso de desarrollo sustentable implica, necesariamente, el mejoramiento de las condiciones de vida y de salud de la población. Un desarrollo económico y social de esas características supone, por consecuencia, una mejor distribución tanto del ingreso como del acceso a servicios sociales básicos (educación, salud, etc.). No basta con asegurar el crecimiento económico de un país o una región para que exista desarrollo efectivo y sustentable"⁸.

A propósito de la salud, se ha sostenido que la definición del proceso salud-enfermedad, concebido como equilibrio bio-psicosocial dinámico, vincula el estado de salud individual o colectivo al estilo de desarrollo imperante⁹. Si bien los procesos económicos y sociales han contribuido a mejorar la salud de la población, no debe pasarse por alto el hecho de que también existen efectos dañinos que se expresan en las condiciones de producción, en las condiciones ambientales y en los estilos de vida. Así, los estilos de desarrollo jugarían un papel clave al proporcionar recursos para compensar los efectos del desarrollo insalubre.

6 Ibidem, pág. 69.

7 Ibidem, pág. 71.

8 Ibidem, pág. 69.

9 Organización Panamericana de la Salud. Subcomité de Planificación y Programación. *La salud en el desarrollo*. En: Decimoquinta Reunión del Comité Ejecutivo del Consejo Directivo, Washington, DC, 6-7 diciembre, 1990. (SPP15/4, Rev. 1 Esp.).

Los aportes que la salud hace al mejoramiento de la calidad de la vida de las personas, es otra de las contribuciones de la salud al desarrollo: ello repercute favorablemente en la participación activa de la comunidad en actividades vinculadas a dirigir y orientar el estilo de desarrollo posible. En este sentido, el informe conjunto de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y la OPS sobre salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe, destaca la relación existente entre salud y desarrollo económico, denominándola *círculo virtuoso*. El eje central de la propuesta de la CEPAL es el incremento de la productividad con dos objetivos muy bien definidos: ser competitivos y contribuir a una mayor equidad social; el eje central de la propuesta de la OPS es realzar el papel que juega la salud en el logro de un desarrollo humano sostenido: la productividad estaría asociada al logro de estos objetivos y dependería de la calidad del capital humano disponible. Si bien elevar el bienestar del conjunto de la población es el objetivo del desarrollo, las sociedades no pueden aspirar a aumentos del bienestar si no elevan, al mismo tiempo, su productividad¹⁰.

Los aportes de la salud al desarrollo no se agotan en el campo económico; también, se expresan en el orden social y político por el efecto de integración social que producen las contribuciones de los avances en la equidad en salud a la equidad social. Asimismo, se destaca la importancia del papel del personal de salud como fuerza cultural concientizadora de estas inequidades.

En las Orientaciones Estratégicas y Programáticas (OEP) de la OPS para el período 1995-1998¹¹, se considera la temática del desarrollo al mencionar el debate sobre la idoneidad de diversos modelos de desarrollo, apreciando que se ha logrado un amplio consenso en torno a que la única finalidad del proceso debe ser mejorar el bienestar de la población. En el caso de los aspectos económicos, se afirma que la Región en su conjunto está superando la crisis de la década anterior y entrando en una nueva etapa, subrayando las tendencias hacia la interdependencia y la integración que se observan en la economía mundial y destacando el papel que juega la incorporación de los resultados de los avances científico tecnológicos en la actividad productiva y en las transformaciones de los estilos de gestión y de las formas de trabajo.

El proceso de desarrollo no se agota con el examen de sus aspectos políticos, económicos y sociales. La ética aparece también involucrada al incorporar problemas tales como la asignación de recursos, la prestación de servicios de salud y el uso de los recursos ambientales como objetos de su campo de acción que se sumarían a los objetos tradicionales de esta disciplina. La reforma del sector salud es considerada como esencial en el proceso de desarrollo; por ello, no puede limitarse a la

10 Organización Panamericana de la Salud; Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe. *Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe*. Washington, DC: OPS; 1997. (OPS. Cuaderno técnico 46).

11 Organización Panamericana de la Salud. *Orientaciones estratégicas y programáticas 1995-1998*. Washington, DC: OPS; 1995. (OPS. Documento oficial 269).

organización del sector sino que, también, debe abarcar el suministro de bienes y servicios y el financiamiento del desarrollo y la expansión del sector. Por otra parte, le corresponde al Estado una responsabilidad fundamental en la reforma: cumplir sus "funciones normativas y rectoras, además de velar para que los servicios de salud estén al alcance de los pobres e indigentes"¹².

De este modo, la Organización retoma el concepto de desarrollo concebido como proceso, reconociendo la existencia de diversos modelos y la presencia de dimensiones particulares, aunque restringidas al ámbito de lo político, económico y social. Además, incorpora la consideración del proceso de desarrollo desde una perspectiva ética y refuerza la importancia asignada a la problemática de la mujer.

Con respecto a la superación de las inequidades en salud, éstas continúan siendo el centro del planteamiento de una propuesta que se mantiene y perfecciona desde las orientaciones estratégicas y programáticas aprobadas en la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana, concibiéndose a la categoría salud en una doble dimensión: objetivo e indicador del desarrollo humano. Una de las expresiones que pone de manifiesto esta afirmación es la transformación que ocurre con la denominación de la orientación estratégica *salud en el desarrollo*, la cual pasa a denominarse *salud en el desarrollo humano*.

La estrategia de salud en el desarrollo humano quedó claramente fijada con el planteo del Director de la Organización, Doctor George Alleyne, ante los participantes de la Primera Conferencia Panamericana de la Organización Internacional de Médicos Parlamentarios (IMPO), en septiembre de 1996, donde consideró que "no es posible pensar que persona alguna pueda aspirar a alcanzar un desarrollo integral si carece de salud" y afirmó que "la salud es un indicador preciso y una pieza clave de desarrollo humano"¹³. La búsqueda de la salud, ya se trate de actuaciones individuales o colectivas, es concebida como la fuerza propulsora de los esfuerzos que despliegan los seres humanos. "La salud, la educación, un ambiente saludable, crecimiento económico y un grupo de derechos humanos que son esenciales en nuestras democracias modernas"¹⁴, son considerados componentes del desarrollo humano, enfatizando la necesidad de trabajar para poner en evidencia la relación entre salud y el resto de los componentes bajo la premisa de "que la salud tiene un valor intrínsecamente igual al de los otros componentes del desarrollo humano". Al mismo tiempo, la categoría salud utilizada como indicador permitiría conocer cuál es el nivel de desarrollo de una sociedad.

Se demuestra así la continuidad en el pensamiento de la Organización en relación a la concepción del desarrollo como un proceso cuya finalidad es el

12 Ibídem, pág. 19.

13 Alleyne G. La salud y el desarrollo: el rol de los parlamentarios. Santa Cruz de la Sierra; 2 de octubre de 1996. (Documento mimeografiado).

14 Ibídem, pág. 2.

desarrollo integral y sostenible del ser humano en una dimensión temporal que trasciende a la coyuntura y no hace peligrar la posibilidad de que las generaciones futuras disfruten de sus beneficios. Asimismo, se destaca la reafirmación del compromiso de la OPS con el desarrollo humano sostenible a través de dos consideraciones fundamentales: la ubicación en el primer plano jerárquico de la orientación estratégica de la salud en el desarrollo humano, aprobada por la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana, y la referencia sobre el aporte que la salud puede brindar al proceso de globalización, entendiendo que los cambios que se le plantean al sector no pueden estar restringidos al contexto de las reformas tradicionales sino que, por el contrario, deben incorporar conceptos sobre cómo se percibe, se valora y se consigue que la salud sea un componente fundamental del desarrollo humano.

2 COMPONENTES INTERDEPENDIENTES DEL DESARROLLO HUMANO

2.1 Crecimiento económico: ¿componente o sinónimo de desarrollo humano?

A medida que se acerca el próximo milenio, existe un consenso cada vez más amplio sobre la necesidad de establecer las diferencias conceptuales entre desarrollo humano y crecimiento económico. El crecimiento de las economías no ha estado asociado siempre a la reducción de la pobreza, de las desigualdades en la distribución del ingreso, del desempleo, a la mejora de los salarios reales y a la disminución de las brechas de las remuneraciones, que son todas variables económicas que afectan las condiciones de vida y la situación de salud de la población. Tampoco, tal crecimiento ha estado asociado a la superación de las brechas en materia de salud y educación ni al incremento en los niveles de participación política, que son componentes consustanciales al desarrollo humano.

El hecho de que en la Región como conjunto no se haya producido esta asociación, no debe significar que el sector salud no preste atención a lo que ocurre en el ámbito de la economía. Así lo indica lo sucedido en otras regiones del mundo e incluso en algunos países de nuestro continente, donde el crecimiento económico se ha visto acompañado por avances en la equidad, sumado a la constatación de un mayor protagonismo del mercado en un mundo cada vez más interdependiente.

Se impone así la necesidad de examinar cuál ha sido el comportamiento de la economía en la Región, las características del crecimiento alcanzado, los componentes de la demanda que lo sustentan, la situación del comercio internacional y de la deuda externa, el impacto de las políticas económicas y la evolución de las variables económicas que afectan las condiciones de vida y la situación de salud de la población.

2.2 Comportamiento de la economía en la Región

2.2.1 Crecimiento económico

Pese a que las tasas de crecimiento del producto interno bruto (PIB) real de América Latina y el Caribe muestran una recuperación del desempeño de las economías de los países que integran esta subregión durante los años noventa, tanto la CEPAL como el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) consideran que se trata

de tasas de crecimiento "moderadas"¹⁵ o "no enteramente satisfactorias"¹⁶. La tasa promedio de crecimiento de 3% para el período 1990-1996, si bien revela una franca mejoría con respecto al estancamiento de los años ochenta, no alcanza todavía a las logradadas por estas economías en las décadas anteriores a la de 1980¹⁷.

El comportamiento de este crecimiento revela diferencias entre los distintos países, desde Guyana con una tasa media anual de variación del PIB de 8,1% para el período 1991-1996 a la de Cuba con -4,8%; además, muestra una variabilidad que evidencia la inestabilidad del crecimiento experimentado por estas economías¹⁸.

El PIB de 1996, ponderado en función de la población y expresado en dólares de 1990 en 14 países de la subregión, resultó inferior al de 1980. En dichos países, la variación acumulada fue significativa: superior a -20% en cuatro países (Haití, Nicaragua, Venezuela y Suriname); prácticamente la misma en cuatro países (Argentina, Brasil, Costa Rica y Paraguay); entre 10 y 20% en tres países (Uruguay, República Dominicana y Panamá); y superior a 30% solamente en dos países (Colombia y Chile)¹⁹.

2.2.2 Crecimiento de la demanda

En relación a otros indicadores económicos distintos al PIB, la subregión muestra un crecimiento de la demanda real, tanto en el consumo como en la inversión y en las exportaciones. La dinámica del crecimiento de esta demanda, según se trate del componente que más se incrementó, permite dar cuenta que, para 50% de los 26 países de la subregión del estudio del BID ya citado, la inversión resultó el componente más importante del crecimiento durante los años noventa, superando a las exportaciones y al consumo, que ocuparon la delantera en 35% y 15% de dichos países.

2.2.3 Crecimiento de la inversión

En el caso de la inversión, la década de 1990 ha evidenciado la recuperación de este componente de la demanda: durante los dos primeros bienios, alcanzó 7,1% y, si bien se vio interrumpida en 1995 en que sólo creció 5,3%, el promedio regional ponderado por población para el primer lustro de esta década fue de 6,7%. Si se expresara este crecimiento en porcentajes del PIB, los resultados serían: de 16,5% en 1990 a 18,5% en 1995. Sin embargo, las tasas de inversión estaban por debajo de los niveles previos a la crisis de los años ochenta²⁰.

15 Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). *La brecha de la equidad: América Latina, el Caribe y la Cumbre Social*. Santiago de Chile: CEPAL; 1997. (LC/G.1954(CONF.86/3):55.

16 Banco Interamericano de Desarrollo. *Progreso económico y social en América Latina: informe 1996; cómo organizar con éxito los servicios sociales*. Washington, DC: BID; 1996:32.

17 CEPAL. *Ibidem*, pág. 13.

18 *Ibidem*, pág. 57.

19 *Ibidem*, pág. 56.

20 BID. *Ibidem*, pág. 36-41.

En otro estudio que muestra las tasas de crecimiento de la inversión pública y privada en doce países de América Latina para el lapso 1994-1995, se pone en evidencia el comportamiento decreciente de la inversión pública: en sólo uno de los países creció más que la inversión privada (Colombia); en seis países, su crecimiento fue negativo (Bolivia, Ecuador, Honduras, México, Uruguay y Venezuela); de ellos, tres países (Honduras, México y Venezuela) acompañaron la ausencia de crecimiento que también se produjo en el sector privado. En los cinco países restantes (Chile, El Salvador, Guatemala, Nicaragua y Perú) la inversión pública creció menos que la del sector privado²¹.

Si se desagrega la inversión según el tipo de bien para los mismos doce países a que alude el estudio comentado, sólo en dos (Honduras y México) predominó la inversión destinada a la construcción, en los otros 10 (Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Nicaragua, Perú, Uruguay y Venezuela) predominó la inversión realizada en maquinarias y equipos²². A juicio de la CEPAL, esta composición de la inversión parece confirmar la tendencia hacia un aumento de la participación de maquinaria y equipos en la inversión total observada en los países latinoamericanos desde 1990²³.

La inversión extranjera directa pasó de US\$ 6.599 millones en 1990 a US\$ 21.288 millones en 1995; durante este último año, sus flujos mantuvieron la tendencia de concentrarse en los sectores mineros y petroleros que caracterizó al período 1990-1994, salvo el caso mexicano en el que se invirtió un monto significativo en el sector manufacturero²⁴. El papel de las privatizaciones en el primer lustro de la década de 1990 ha experimentado variaciones: en 1991, la inversión extranjera vinculada a la privatización representó casi 40% del total y, a partir de ese año, comenzó a tener dimensiones menores en términos absolutos y relativos²⁵.

El comportamiento de la inversión social, considerada como "el total del gasto público en educación y cultura, salud y saneamiento, empleo, bienestar y asistencia social, vivienda y seguridad social"²⁶, fue similar al experimentado por la inversión en capacidad productiva que también se recuperó. Esta tendencia iniciada en 1989, se ha remontado a cifras que sitúan al gasto real 22% por encima del gasto social de la subregión para finales de los años ochenta. El comportamiento del gasto social en salud ha sido diferente: si bien comenzó a crecer en 1989 al igual que todo el gasto social, se revirtió durante 1991 y 1992 hasta volver a situarse en los niveles alcanzados en 1981. A partir de 1993, inicia un nuevo incremento que lo coloca en

21 Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). *Estudio económico de América Latina y el Caribe 1995-1996*. Santiago de Chile: CEPAL; 1996:81.

22 CEPAL. *Ibidem*, pág. 82.

23 *Ibidem*, pág. 81.

24 *Ibidem*, pág. 113-116.

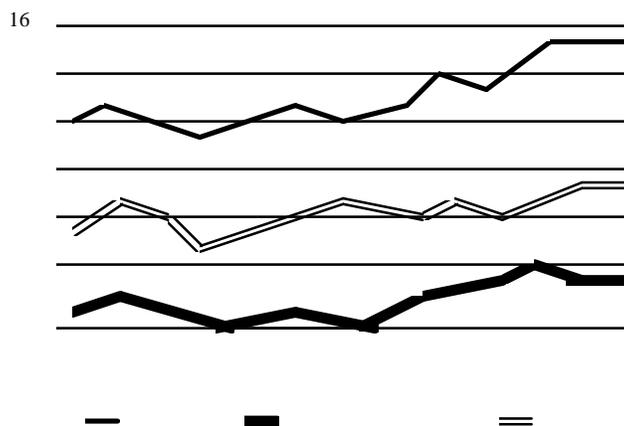
25 BID. *Ibidem*, pág. 61.

26 *Ibidem*, pág. 4.

cifras 22% superiores en 1995 a las cifras a que lo arrastró la caída que experimentó en 1992, en términos de gasto real per cápita (figuras 2.1 y 2.2)²⁷.

2.2.4 Crecimiento del consumo

En el caso del consumo, ocurrió lo mismo que con la inversión: creció más rápido que el producto aunque a una velocidad menor que la inversión durante la primera mitad de la década actual; sin embargo, ella presentó un comportamiento diferente en el lapso 1991-1994 con una aceleración mayor que en 1995²⁸. Al discriminarse este crecimiento por países, se revela que un mayor número de países (10) alcanzaron un auge del consumo en 1991²⁹. En 1995, la evolución del crecimiento del consumo per cápita muestra comportamientos como los siguientes: Brasil, Chile, Colombia, El Salvador, Haití, Perú y Venezuela alcanzaron porcentajes entre 5 y 11%; Ecuador, Guatemala y Paraguay lograron incrementos menores; Bolivia, Costa Rica, Honduras y República Dominicana prácticamente no mostraron variaciones; Argentina y México experimentaron las caídas mayores con 6% y 15%, respectivamente.

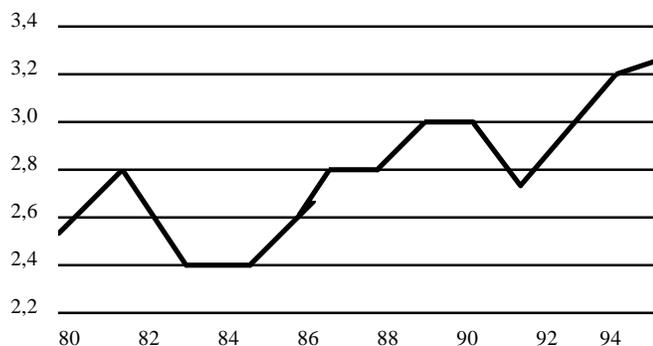


Progreso económico y social en América Latina: informe 1996; cómo organizar con éxito los servicios sociales. Washington, DC: BID; 1996.
Figura 2-1. Gasto social, 1980-1995 (porcentaje del PIB)

27 Ibídem, pág. 50-51.

28 Ibídem, pág. 37.

29 Ibídem, pág. 41.



Fuente: Banco Interamericano de Desarrollo. *Ibíd.*

Figura 2-2. Gasto social por sector en ALC: salud (porcentaje del PIB)

En general, la recuperación experimentada por el consumo per cápita en la sub-región de América Latina y el Caribe en el lapso 1991-1995, no logró contrarrestar la contracción que se produjo en el lapso 1981-1990. De hecho, sólo en seis países (Brasil, Chile, Colombia, El Salvador, Paraguay y Uruguay) resultó mayor en 1995 que en 1980, en contraposición a Bolivia, Haití, México, Nicaragua, Panamá y Venezuela que experimentaron las reducciones más drásticas³⁰.

Entre los factores asociados al auge del consumo, se destacan la puesta en marcha de los programas destinados a combatir la inflación, la afluencia de capitales, las reformas comerciales y la adopción de políticas expansionistas del gasto público. La participación y el peso de cada uno de ellos en los países que experimentaron períodos de crecimiento rápido, pero temporarios, del consumo interno, fue muy heterogénea; en algunos, participaron todos (Argentina y Perú); en otros, el factor más importante resultó ser la afluencia de capitales (Costa Rica, Uruguay y Barbados) y las reformas comerciales (República Dominicana y El Salvador)³¹.

2.2.5 Crecimiento de las exportaciones

Las exportaciones no sólo crecieron aceleradamente durante el primer lustro de la década de 1990 en la subregión de América Latina y el Caribe sino que, salvo excepciones (Barbados, Honduras y Suriname), los niveles alcanzados por el coeficiente exportaciones reales/PIB real resultó mayor que el del lapso 1989-1990. La tasa promedio de crecimiento de las exportaciones de bienes y servicios no factoriales, a precios constantes, se situó en 9,1% en 1995, tres puntos porcentuales por encima de los niveles alcanzados en 1994 y cerca de dos con respecto al lapso 1991-1994. Este crecimiento, al cual parece haber contribuido la adopción de políticas de liberalización del comercio, estuvo acompañado de una disminución del

30 CEPAL. *Ibíd.*, pág. 74.

31 BID. *Ibíd.*, pág. 41.

componente basado en las exportaciones tradicionales. En términos monetarios, las exportaciones regionales alcanzaron a US\$ 227.047 millones en 1995³².

El peso mayor en el incremento de las exportaciones estuvo representado por el rubro bienes, que representó 85% del total en 1995, creciendo 10,4% en ese año y alcanzando la tasa de variación más alta en los años comprendidos en el lapso 1985-1995. El comportamiento de este incremento presentó grandes diferencias en la subregión: por un lado, Haití registró un aumento que llegó a tres dígitos y, en países como Argentina, México, Chile, Costa Rica, El Salvador y Nicaragua, el aumento se remontó a tres dígitos; por otro lado, Brasil, Uruguay, Panamá y República Dominicana prácticamente no registraron aumento³³.

Una de las características que presenta la evolución del comercio exterior en la subregión es la expansión del comercio intrarregional: las tasas de intercambio de MERCOSUR, MCCA y GRUPO ANDINO con los países ajenos a las agrupaciones son inferiores a las que registran el movimiento de exportaciones que ocurre en el seno de cada uno de estos grupos³⁴.

2.2.6 Crecimiento de las importaciones

La adquisición de bienes extranjeros realizada por los países de América Latina y el Caribe creció tanto en lo que se refiere a volúmenes como a valor, aunque las diferencias en las tasas de variación entre uno y otro revelan que el incremento de los recursos destinados a las compras fue mucho mayor que el incremento en los volúmenes: la diferencia entre uno y otro alcanzó a 7,5%, a diferencia de 1993 y 1994 cuando fue de 0,9 y 4,2%, respectivamente³⁵.

2.2.7 Comercio internacional

El crecimiento de las exportaciones y de las importaciones expresa el incremento del volumen del comercio exterior que ha experimentado la subregión de América Latina y el Caribe que, en 1995, aumentó nuevamente en una proporción mayor que el producto. Ello pone de manifiesto la expansión de la apertura—definida por el BID como el promedio de las importaciones y las exportaciones dividido por el PIB—de los países al comercio internacional. El crecimiento mayor de las exportaciones en relación a las importaciones ocasionó una reducción en el déficit del balance de bienes y servicios de más de US\$ -47.536 millones (3,1% del PIB) a US\$ -32.116 millones (2,0% del PIB) en 1995³⁶. En el caso particular del balance de bienes, la apertura presentó un superávit cercano a US\$

32 Ibídem, pág. 59, 63-64.

33 CEPAL. Ibídem, pág. 102.

34 Ibídem, pág. 108.

35 Ibídem, pág. 105.

36 BID. Ibídem, pág. 59.

2.000 millones³⁷. Entre las causas que explican este desempeño, debe destacarse el avance de los procesos de integración subregional que volverán a mencionarse cuando se analice el tema de la globalización.

2.2.8 Deuda externa

En 1995, la deuda externa ascendió a US\$ 586.985 millones; su tasa de crecimiento de 10% con respecto al año anterior fue la más alta desde 1982. Sin embargo, la carga de la deuda continuó reduciéndose tal como viene ocurriendo desde mediados de la década de 1980. La relación entre los intereses totales devengados y las exportaciones para el conjunto de la subregión de América Latina y el Caribe alcanzó a 15,1%, comportamiento que presenta un margen de variabilidad que va de 54,2% en el caso de Nicaragua hasta 2,6% en el caso de Paraguay. Otra manera de apreciar la reducción de la carga de la deuda es examinar la relación entre deuda externa y exportaciones de bienes y servicios; este coeficiente pasó de 276% en 1990 a 228% en 1995, el más bajo del primer lustro de la década de 1990 y similar al observado en el bienio 1979-1980³⁸.

Al mismo tiempo, varios países de la subregión renegociaron su deuda externa durante 1995; entre ellos, Bolivia, Nicaragua y Haití reestructuraron sus obligaciones con el Club de París lo que les permite una reducción de 67% del volumen de la deuda o en el servicio futuro de la deuda (con base en su valor actual) sobre el monto sujeto a reestructuración; además, Nicaragua compró su deuda a la banca comercial. Otros países como Ecuador, Panamá y Perú, se ampararon en acuerdos del tipo Plan Brady³⁹. Por otra parte, Bolivia, Honduras y Nicaragua están incluidos entre los países que se beneficiarían de la iniciativa del Banco Mundial y del Fondo Monetario Internacional destinada a evaluar las necesidades de aliviar la deuda en 41 países pobres muy endeudados⁴⁰.

2.2.9 Política fiscal

El comportamiento de la economía no depende únicamente de los efectos del mercado: la participación del Estado a través de la adopción de determinadas políticas económicas no puede ser subestimada aún en el marco de las transformaciones políticas y económicas que se derivan de la globalización—una de cuyas consecuencias es, precisamente, la redistribución del poder entre Estado y mercado. Para los propósitos del presente trabajo, se ha seleccionado la política fiscal por el impacto que ella tiene sobre la asignación de recursos financieros que demandan las respuestas sociales a los problemas de salud, sin desconocer la

37 CEPAL. *Ibidem*, pág. 101.

38 *Ibidem*, pág. 121-125.

39 BID. *Ibidem*, pág. 23 y 24.

40 *Ibidem*, pág. 24.

importancia de las otras políticas económicas implementadas en la Región y en los países que la conforman.

El desequilibrio de las finanzas públicas ha experimentado cambios notables en la subregión. En un estudio de la CEPAL que comprende diecinueve países de América Latina, se pone de manifiesto que cinco países mostraron superávit del sector público no financiero en 1995 (Chile, México, Panamá, Paraguay y República Dominicana); de ellos, sólo Chile y Paraguay venían de presentar superávit fiscal en años anteriores. Ocho países redujeron su déficit (Bolivia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Uruguay y Venezuela); de éstos, Nicaragua y Venezuela presentaron un déficit equivalente a 9,7% y 5,9% del PIB, respectivamente, a pesar de la reducción lograda. El déficit se amplió en tres países (Argentina, Ecuador y Haití) y otros tres países pasaron de un superávit en 1994 a una situación deficitaria en 1995 (Brasil, Colombia y Perú)⁴¹.

Desde una perspectiva de mediano plazo, la situación fiscal descrita en el estudio del BID sobre 26 países de América Latina y el Caribe revela que:

... el número de países con superávit fiscal se ha incrementado de ninguno a principios de los ochenta a siete en 1995, en comparación con seis en 1994. En 1995, había 17 países en los cuales el déficit fiscal era inferior a 2% del PIB, en comparación con 15 en 1994, mientras que en 1995 sólo un país (Guyana mostró un déficit superior a 5% del PIB, en vez de cinco países entre 1993 y 1994)⁴².

Si bien es cierto que la situación fiscal depende tanto de los acontecimientos macroeconómicos como de la política fiscal, el análisis presente se concentrará en las decisiones adoptadas en el marco de esta política y, en particular, en aquellas orientadas a la reducción del gasto público por el impacto que éste pudiera haber tenido en el comportamiento de la inversión social.

En el mismo estudio de la CEPAL citado anteriormente, se señala que el gasto público evolucionó de la manera siguiente entre 1994 y 1995: en nueve países se optó por reducir el gasto total (Argentina, Bolivia, Costa Rica, Honduras, México, Panamá, República Dominicana, Uruguay y Venezuela); en tres de estos (Bolivia, Costa Rica y Honduras), se acompañó de una expansión de los ingresos y, en siete de los nueve países (todos, menos Bolivia y República Dominicana), la reducción se produjo a expensas del gasto corriente. En cinco de éstos (Argentina, Costa Rica, Honduras, México y Uruguay), se redujeron simultáneamente los gastos de capital mientras que, en Venezuela y Panamá, la caída del gasto corriente se produjo con un aumento de la inversión. Por el contrario, diez países incrementaron el gasto (Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Nicaragua, Paraguay y

41 CEPAL. *Ibidem*, pág. 25.

42 BID. *Ibidem*, pág. 25-26.

Perú); en cinco de ellos (Brasil, Colombia, Ecuador, Paraguay y Perú), este incremento se tradujo en ampliación de la brecha fiscal⁴³. Expresados en dólares a precios de 1990, los gastos del sector público por habitante, en los diecinueve países contemplados en el estudio, resultaron menores o iguales en 1995 a los de 1990 en los siguientes cinco países: Nicaragua, México, Honduras, Haití y Guatemala⁴⁴. En definitiva, en 1995, la política fiscal en América Latina fue expansionista en Brasil, Colombia, Perú, Ecuador, Haití y Paraguay, y marcadamente contraccionista en países como Bolivia, México y Nicaragua⁴⁵.

2.3 Comportamiento de las variables económicas que afectan las condiciones de vida y la situación de salud de la población

Al continuar analizando la evolución de la pobreza, la distribución del ingreso dentro de los países, el desempleo y la generación de empleo, los salarios reales y las brechas de las remuneraciones, se puede apreciar el impacto que han producido los niveles de crecimiento alcanzados y, en general, el comportamiento de la economía sobre las condiciones de vida.

2.3.1 Evolución de la pobreza y la distribución del ingreso

El crecimiento de la pobreza es un elemento determinante en el aumento de las desigualdades sociales y, si bien es cierto que su magnitud relativa disminuyó en América Latina durante el período 1990-1994 al pasar de 41% a 39%, esta caída no permitió contrarrestar el incremento de 5% de la década pasada. En términos absolutos, esto se traduce en que el número de personas que se encontraba por debajo de la línea de pobreza superó a las cifras de 197 millones de 1990, remontándose a 209 millones en 1994; de éstos, 65% estaba concentrado en las zonas urbanas aún cuando la proporción de los pobres en el total de población rural continuó siendo mayor que la de las ciudades⁴⁶.

Al examinar los niveles y variaciones de la pobreza urbana entre los países de América Latina, de los cuales se dispone de información para establecer comparaciones, se encuentra que para 1994 sus magnitudes se sitúan entre aquellos que, como Argentina y Uruguay, tienen menos de 15% del total de sus hogares en situación de pobreza, hasta los casos de Bolivia y Honduras con más de 50% en esta situación, pasando por Brasil, Colombia, México, Perú y Venezuela con cifras entre 31% y 50%. Brasil, Chile, Panamá y Uruguay tenían para ese año porcentajes menores que en 1980; Costa Rica y Colombia se mantuvieron en niveles similares; en

43 CEPAL. *Ibíd.*, pág. 28-31.

44 *Ibíd.*, pág. 32.

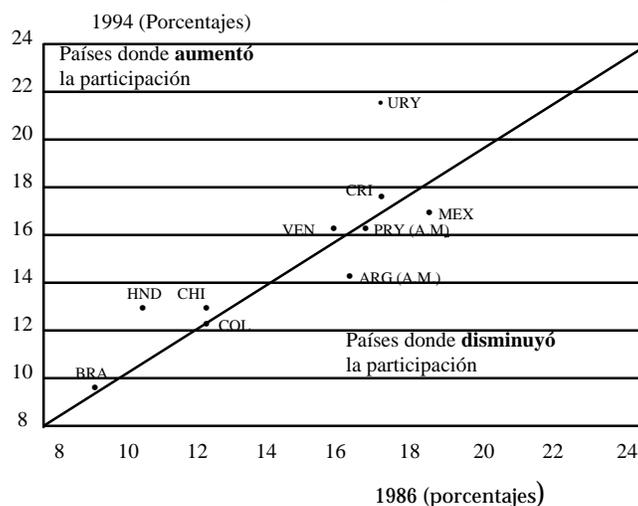
45 BID. *Ibíd.*, pág. 27.

46 CEPAL. *La brecha de la equidad ...* :30.

cambio, Argentina, Honduras, México y Venezuela vieron aumentar esos porcentajes⁴⁷. En el caso del Caribe, el incremento de la magnitud relativa de la pobreza ha estado presente en las décadas de 1980 y 1990, estimándose que alcanzaba a 38% de la población para 1994, con variaciones entre países que van de 12% a 42%⁴⁸. Esto significa que había más pobres en la subregión de América Latina y el Caribe en 1994 que al inicio de la década perdida presentándose, incluso, el caso de países donde, a pesar de haber crecido porcentualmente el PIB por habitante y haberse reducido la magnitud relativa de la pobreza en el lapso 1990-1994, ella resultó mayor que en 1980.

La pobreza relativa muestra resultados parecidos: la desigualdad en la distribución del ingreso ha aumentado en la mayoría de los países de la Región. En América Latina, la participación en el ingreso de 40% de los hogares más pobres fue en 1994 mayor que en 1986 en Brasil, Chile y Uruguay, menor en México, Panamá y en el área metropolitana del Gran Buenos Aires de Argentina e igual en Costa Rica, Colombia, Paraguay (área metropolitana de la Asunción) y Venezuela (figura 2-3)⁴⁹

A su vez, la participación en el ingreso de 10% de los hogares más ricos fue para los mismos años, mayor en Chile, México, Panamá, Paraguay (área metropolitana de la Asunción) y Venezuela, menor en Brasil, Colombia y Uruguay e igual en Argentina (área metropolitana del Gran Buenos Aires) y Costa Rica. En 1994, este decil captó más de 40% del total del ingreso urbano en Chile y Colombia, 37% en Honduras y Panamá, aproximadamente 35% en Argentina, Bolivia, Paraguay y México, 31,4% en Venezuela, 27,5% en Costa Rica y 25,4% en Uruguay⁵⁰.



Fuente: Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe. *Panorama social de América Latina: edición 1996*. Santiago de Chile: CEPAL; 1997.

Figura 2-3. Participación en el ingreso del 40% más pobre, zonas urbanas

47 Ibídem, pág. 23-27.

48 Ibídem, pág. 30-31.

49 Ibídem, pág. 47.

50 Ibídem, pág. 44-54.

Los pobres no pertenecen únicamente a las filas de los desocupados, su perfil de trabajo muestra que su inserción laboral no ocurre únicamente en los sectores de baja productividad (entendidos como tales los pertenecientes a empresas con hasta cinco personas ocupadas, a las actividades por cuenta propia—no profesionales ni técnicos—y a los servicios de empleos domésticos); también están presentes en el sector formal. En 1994, en siete de 12 países de América Latina, la cifra de pobres ocupados del total de asalariados del sector privado, excluidos los que trabajaban en microempresas, se situaba entre 30 y 50%; en tres países, estaba entre 10 y 20% y sólo en dos países entre 5 y 6%⁵¹.

2.3.2 Evolución del desempleo, de la generación de empleo y de las remuneraciones

Desempleo y generación de empleo

Las políticas económicas y el comportamiento de la economía no han producido los resultados esperados en la creación de empleo y mejora de las remuneraciones. La tasa media anual de desempleo urbano en América Latina y el Caribe viene creciendo sin interrupciones desde finales de la década de 1980 a pesar de la recuperación de su economía, pasando de 6,4% en 1994 a 7,3% en 1995 y alcanzando 7,7% en 1996, el incremento mayor desde mediados de la década de 1980 según cifras preliminares⁵². El comportamiento de este indicador revela, al igual que lo ocurrido con otros indicadores y tasas, diferencias entre los distintos países que van desde Barbados con 19,6% a Guatemala con 4,3% en 1995⁵³.

Si se analiza la evolución de este índice durante la década de 1990, se encuentra una situación heterogénea que incluye países con crecimiento económico negativo donde, sin embargo, no se ha incrementado el desempleo (Jamaica); hasta países con tasas de crecimiento superiores a 3% anual con incrementos cercanos a 7% en sus tasa de desempleo (Argentina); pasando por países con crecimiento entre 0 y 1,5% (Honduras y Guatemala) que han alcanzado mayores reducciones de estas tasas que las logradas por países con crecimiento más rápido y que también han disminuido el desempleo (Costa Rica, Colombia, El Salvador y Chile)⁵⁴.

Finalmente, la heterogeneidad de esta evolución se expresa en que, para 1995, había cuatro países en esta subregión con tasas de desempleo superiores a 16% (Barbados, Nicaragua, Trinidad y Tabago y Argentina), seis con tasas entre 10 y 16% (Venezuela, Uruguay, Belice, Bahamas, Panamá y Jamaica), otros seis con tasas entre 5 y 9% (Chile, México, El Salvador, Perú, Ecuador y Colombia) y sólo cinco con tasas inferiores a 5% (Paraguay, Costa Rica, Brasil, Honduras y Guatemala)⁵⁵. En el marco

51 Ibídem, pág. 37.

52 Ibídem, pág. 63.

53 BID. Ibídem, pág. 47.

54 Ibídem, pág. 46, 47.

55 Ibídem, pág. 46.

de este panorama, se destaca el impacto mayor del desempleo entre mujeres y jóvenes; en el caso de las primeras, se expresa en que las tasas superan entre 10 y 20% al promedio para ambos sexos y, en el caso de los segundos, en 50%⁵⁶.

Por otra parte, el comportamiento aislado de las tasas de desempleo no es suficiente para conocer la evolución del mercado de trabajo; se hace necesario indagar, entre otros aspectos, la composición y el carácter del mercado laboral. Las tendencias del mercado laboral revelan un crecimiento significativo del sector informal⁵⁷. Baste tener presente que 84 de cada 100 empleos creados en América Latina y el Caribe durante el período 1990-1995 provenían del sector informal, con lo que se ha elevado la participación del mismo en la estructura ocupacional, pasando de 51,6% de principios de la década a 56% en 1995 y consolidándose así como el principal sector generador de empleo en la subregión. Aquí también, como en el caso de las tasas de desempleo, el comportamiento presenta marcadas diferencias entre los países, yendo desde un crecimiento inferior a 4% (Colombia, Argentina y Uruguay), hasta un grupo donde el mismo se ubica entre 5 y 8% (Costa Rica, Ecuador, Honduras, Bolivia, Paraguay, Panamá y Venezuela)⁵⁸.

En 1994, en 10 de los 13 países de América Latina de los cuales se dispone de información, el empleo informal representaba más de 50% del empleo correspondiente a actividades no agrícolas (Paraguay, Colombia, Bolivia, México, Brasil, Perú, Ecuador, Argentina, Honduras y Chile); sólo en Costa Rica, Venezuela y Panamá estaba por debajo del porcentaje anterior⁵⁹. Entre estos mismos 13 países, se presentan también diferencias en lo que respecta a la relación tasa de desempleo y empleo informal; mientras en Paraguay y Venezuela los incrementos de más de 6% que experimentó el sector informal en el lapso 1989-1994 permitieron reducciones en su tasas de desempleo; en Argentina, Ecuador y México, se observaron aumentos de empleos en el sector informal con aumentos en sus tasas de desempleo; en cambio, sólo en Honduras y Panamá decrecieron ambos⁶⁰.

Comportamiento de los salarios

El incremento del desempleo y subempleo ha estado acompañado de una disminución del poder adquisitivo de los salarios. En un estudio que abarca 19 países de la subregión de América Latina y el Caribe para los cuales se disponen de datos confiables sobre salarios reales para el período 1981-1995, se observa que en

56 CEPAL. *Ibidem*, pág. 64.

57 La ampliación del sector informal de la economía tiene efectos sobre las condiciones de vida pues, dada la característica de la mayoría de los regímenes de seguridad social del continente, los trabajadores y sus grupos familiares quedarían excluidos de los beneficios de la seguridad social, entre ellos, de la prestación de servicios de salud: estos grupos poblacionales tendrían que trasladar sus demandas a los servicios del Estado. A su vez, dicha ampliación tiene también un efecto sobre la crisis financiera de los sistemas de seguridad social pues estos dejan de percibir los aportes de los trabajadores que resultan excluidos del sector formal.

58 *Ibidem*, pág. 65.

59 BID. *Ibidem*, pág. 48.

60 *Ibidem*, pág. 47.

sólo cinco países se han producido incrementos, con una variabilidad que va desde aumentos superiores a 32% (Panamá y Colombia), pasando por aquellos que presentan cifras superiores a 21% (Bolivia y Costa Rica) y cerca de 18% como Chile, hasta el caso de Paraguay donde sólo se incrementó 1,9%. Para los otros 14 países, la situación fue de deterioro siendo, por lo menos, 77% inferior en Haití y Suriname, 68,6% en Venezuela, 46,4% en Brasil y Trinidad y Tobago, 25,5% en Ecuador y Honduras, 16,9% en Argentina, México y Guatemala y 1,7% en Uruguay, Barbados y la República Dominicana (figura 2-4)⁶¹.

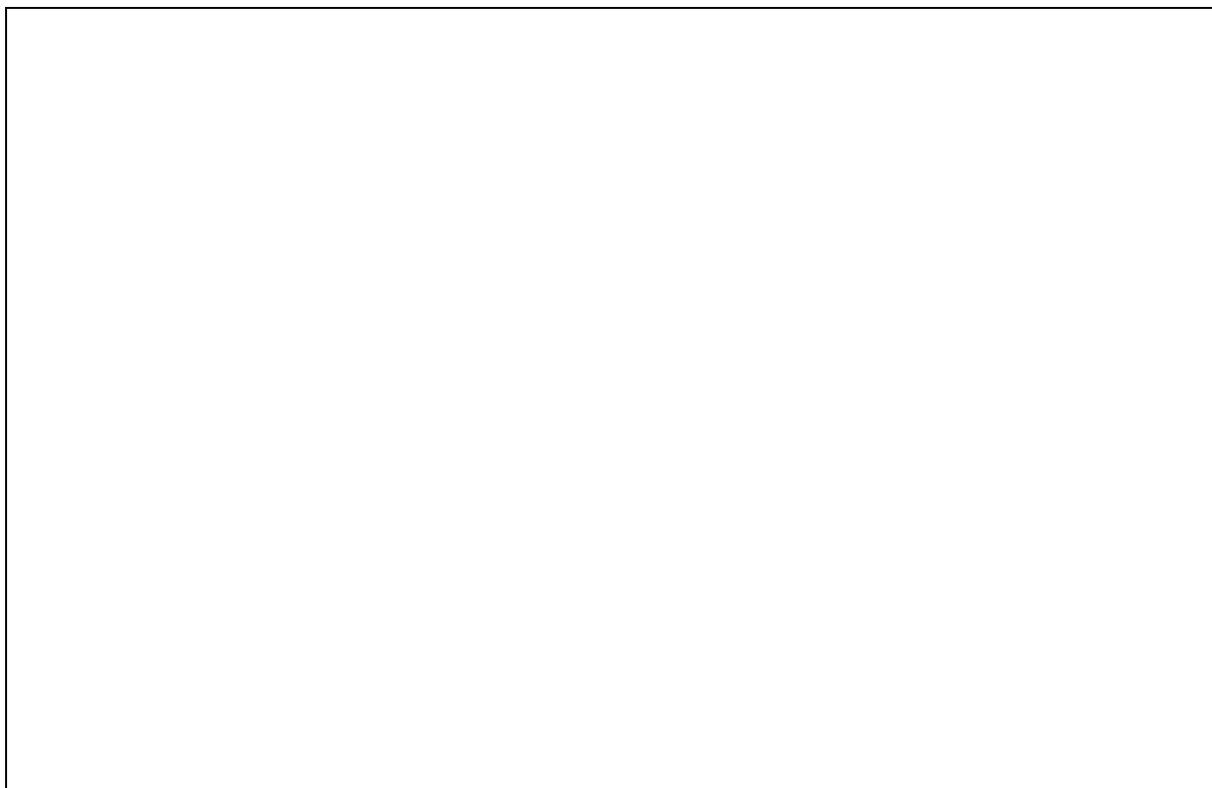


Figura 2-4. Salario real 1981-1995 (variación porcentual)

Si se examina el comportamiento del salario mínimo urbano, resultado de comparar los montos de 1995 expresados en términos reales con los correspondientes a 1980, de una muestra de 17 países de América Latina, sólo cinco países sobrepasan los niveles de 1980 (Paraguay, Chile, Costa Rica, Colombia y Panamá) en contraste con Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Perú y Uruguay donde los índices promedios anuales de 1990 presentan en común valores entre 50 y 80% inferiores a los de aquel año. Al comparar las cifras de 1995 con las de 1990, se observa que en Costa Rica y Colombia, dos de los cinco países donde los salarios reales de finales del bienio pasado resultaron mayores que al inicio de la década de 1980, éstos presentaron un leve deterioro en este lapso (figura 2-5)⁶².

61 Ibídem, pág. 49.

62 CEPAL. Ibídem, pág. 66, 68, 69.



Fuente: Banco Interamericano de Desarrollo. *Ibíd*em

Figura 2-5. Salario mínimo real urbano (índices promedio anual 1990=100)

Brechas de las remuneraciones

La desigualdad distributiva del ingreso en América Latina está fuertemente influenciada por la ampliación de la brecha de los ingresos laborales. Las brechas entre las remuneraciones de los ingresos promedios calculados en múltiplos del valor de la línea de pobreza per cápita de los profesionales y técnicos y de los trabajadores de los sectores de baja productividad, se incrementaron en las zonas urbanas de América Latina durante el lapso 1990-1994. En un estudio sobre 10 países de esta parte del continente, esta brecha se redujo en uno (Honduras), se mantuvo en otro (Costa Rica) y se amplió en el resto (Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, México, Paraguay, Uruguay y Venezuela). Las disparidades en las remuneraciones ocurren también entre los profesionales y técnicos y los asalariados de menor calificación del sector público y privado de los mismos países a que se refiere el análisis de la CEPAL; de ellos, sólo en dos (Bolivia y Honduras) la brecha no se modificó o disminuyó. Lo preocupante en la evolución de estas brechas es que, en algunos países, ellas se producen como consecuencia de una caída de los ingresos de los trabajadores empleados en sectores de baja productividad o de menor calificación

del sector público o privado, como ha ocurrido en Bolivia, Brasil, Colombia, México, Paraguay y Venezuela⁶³.

Del examen de los resultados relacionados con la situación de pobreza, desigualdades en la distribución del ingreso, desempleo, salario real y amplitud de las brechas de las remuneraciones, se puede concluir que el crecimiento económico en la Región, en especial en la subregión de América Latina y el Caribe, no ha aportado a la superación del subdesarrollo humano que aún persiste en estas sociedades con caracteres graves.

Se impone ahora indagar el comportamiento de otros componentes del desarrollo humano, colocando el énfasis en salud y educación en virtud del consenso existente acerca de la imposibilidad de hablar de crecimiento económico y desarrollo humano sin tenerlos presentes.

2.4 Educación

El componente educativo mantiene una vinculación muy importante con el componente salud; en particular, por el papel que desempeña el nivel educativo en las condiciones de vida de los grupos poblacionales.

No existen dudas acerca de la expansión cuantitativa lograda por los sistemas educativos de la Región. Bastaría sólo citar que, en cuatro décadas, se redujeron sus tasas de analfabetismo en 36%, lo que permitió alcanzar cifras de 14,5% en 1990, destacándose la disminución de la brecha de alfabetización entre sexos y el incremento de la matrícula educativa en 82 en el lapso 1960-1992⁶⁴.

Sin embargo, la subregión de América Latina y el Caribe muestra deficiencias en cuanto a calidad de resultados expresadas, por ejemplo, en sus altos niveles de repitencia y deserción y en sus bajos niveles de rendimiento: para 1995, sólo 66% de la población en edad escolar logró completar el cuarto grado del ciclo primario y el número de años promedio de escolaridad de su fuerza de trabajo no excedió a los seis años⁶⁵.

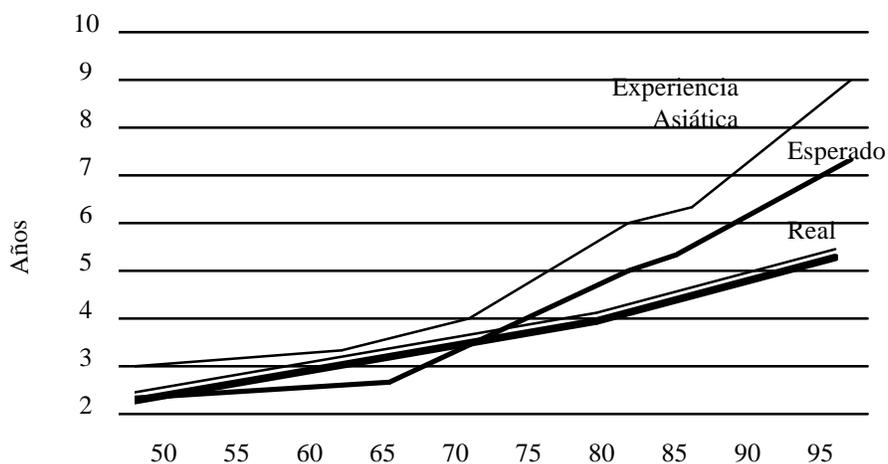
El BID, utilizando la categoría *años promedio de escolaridad de la fuerza de trabajo* para estimar la evolución de la brecha existente en materia de educación, concluye en que ésta se ha ampliado durante las dos últimas décadas (figura 2-6) siendo su comportamiento desigual en los países de la Región. En un estudio sobre 20 países de América Latina, los resultados revelan que ninguno superaba el promedio

63 Ibíd., pág. 71-72.

64 BID. Ibíd., pág. 250.

65 Ibíd., pág. 250.

alcanzado por los países de ingreso similar del sudeste asiático para 1990, siendo la brecha mayor en Guatemala, México, Brasil y Venezuela y menor en Chile y Uruguay⁶⁶.



Fuente: BID. *Ibidem*

Figura 2-6. La dinámica de las brechas sociales en la Región: educación

Las consecuencias del incremento de la brecha en educación sobre la salud, están relacionadas con las asociaciones existentes entre nivel educativo y pobreza y por los vínculos existentes entre el nivel de educación de la población y los comportamientos saludables, ambas relaciones pertenecientes al grupo de categorías *condiciones de vida*. Sin embargo, la brecha no alude a otras de las deficiencias en la calidad de los resultados, fuente de otra inequidad que se agrega: los alumnos provenientes de hogares de menores ingreso son doblemente castigados, por las condiciones socioeconómicas y niveles educativos de sus padres y por la característica de los establecimientos educativos que los atienden. A esta situación se refiere la CEPAL cuando señala que los sistemas de medición de calidad que han comenzado a aplicarse en los últimos años ponen de manifiesto una clara segmentación del rendimiento escolar⁶⁷.

Estas inequidades, expresadas en las desigualdades de rendimiento educativo, son la fuente de otra inequidad asociada a la capacidad de inserción en el mercado laboral, la movilidad social y el desarrollo de potencialidades que se presentan al egresar del sistema educativo. Ella ocurre en el marco de la inadecuación de la capacitación formal a las exigencias que demanda el sector moderno de la economía que caracteriza a los sistemas educativos de la Región.

⁶⁶ BID. *Ibidem*, pág. 253.

⁶⁷ CEPAL. *Ibidem*, pág. 110-111.

2.5 Salud

Además de los problemas de salud que ha tenido siempre, la subregión de América Latina y el Caribe debe hacer frente ahora a nuevas dificultades y riesgos para la salud planteados por el incremento de la violencia, el deterioro del medio ambiente y las enfermedades nuevas y reemergentes. Estos cambios ocurren en el marco de un mundo que se ha tornado más interdependiente como producto de las transformaciones políticas y económicas derivadas de la globalización, cuyas consecuencias más notables han sido la redistribución del poder entre Estado, mercado y sociedad civil en el marco de un mayor protagonismo del mercado y la ampliación y redimensionamiento de un conjunto de situaciones que ameritan la intervención de instancias supranacionales.

Las reformas del sector salud y los procesos de descentralización que acompañan a algunas de ellas, así como el continuo aumento de los costos, son la expresión en el sector de las transformaciones que ocurren a nivel mundial. Tal como lo ha venido señalando la OPS, el estado de salud de la población depende no sólo de los sistemas de salud sino de múltiples factores que van desde los de carácter individual hasta los macrodeterminantes y las condiciones de vida. Todos estos factores deben tenerse en cuenta para determinar las tendencias a largo plazo del proceso de salud y enfermedad.

El examen que se ha realizado más arriba de los otros componentes del desarrollo, permite afirmar que la situación de salud de los países de la Región ha estado fuertemente influida por el comportamiento que esos componentes han presentado; a su vez, la salud no sólo ha demostrado impactar a los componentes económicos, educativos y políticos del desarrollo humano examinados por separado sino, también, al desarrollo humano como conjunto. En consecuencia, el análisis de la situación de salud prescindirá de mencionar nuevamente aquellos aspectos vinculados a factores macrodeterminantes y condicionantes que ya fueron considerados en los análisis acerca de la economía y la educación en la Región, y dará privilegio al enfoque que permite abordar las brechas existentes en materia de equidad en salud.

A partir de la agrupación de los países y otras unidades políticas según su producto nacional bruto per cápita (PNB), se clasifica la Región en cuatro grupos (cuadro 2.1); esta clasificación es el punto de entrada para el análisis de la equidad en salud en virtud de que el PNB per cápita representa la cantidad de recursos económicos disponibles para atender las necesidades de la población.

Cuadro 2.1
Algunos países y otras unidades políticas de la Región de las Américas
clasificados según el PNB per cápita, c. 1993

Grupo	País	PNB per cápita (US\$)
I	Islas Caimán	24 740
	Estados Unidos de América	20 555
	Canadá	20 000
	Bermuda	12 900
	Aruba	11 420
	Bahamas	10 600
	Islas Vírgenes Británicas	26 200
II	Antillas Neerlandesas	7 220
	Argentina	7 000
	Puerto Rico	6 540
	Antigua y Barbuda	6 230
	Barbados	5 930
	Anguila	5 700
	Islas Turcas y Caicos	7 800
III	Saint Kitts y Nevis	4 410
	Trinidad & Tabago	3 830
	Uruguay	3 830
	México	3 610
	Santa Lucía	3 380
	Chile	3 170
	Brasil	2 930
	Venezuela	2 840
	Dominica	2 720
	Panamá	2 600
	Belice	2 450
	Granada	2 380
	Costa Rica	2 150
	San Vicente y las Granadinas	2 120
IV	Paraguay	1 510
	Perú	1 490
	Jamaica	1 440
	Colombia	1 400
	El Salvador	1 320
	República Dominicana	1 230
	Ecuador	1 200
	Suriname	1 180
	Guatemala	1 100
V	Bolivia	760
	Honduras	600
	Guyana	350
	Nicaragua	340
	Haití	280

El cuadro 2.2 muestra que 38,6% de la población de la Región de las Américas vive en los países y unidades políticas pertenecientes al grupo I, donde el promedio del PNB per cápita es 3,4 veces mayor que en los países del grupo II y 48,3 veces mayor que en los del grupo V.

Cuadro 2.2
Población total (1995) e intervalo promedio ponderado de PNB per cápita en la Región de las Américas, según grupos de países, c. 1993

Grupo	Población (en miles)	PNB per cápita (US\$)	
		Intervalo	Promedio ponderado
I	293 155	26 200 - 10 600	24 304
II	38 810	7 800 - 5 700	7 193
III	300 261	4 410 - 2 120	3 142
IV	102 383	1 510 - 1 100	1 355

2.5.1 Inequidad en la distribución de recursos de salud

Existen grandes diferencias entre los cinco grupos de países en lo que respecta a gastos por concepto de salud. Por ejemplo, los países del grupo I gastan tres veces más que los del grupo II y 28 veces más que los del grupo V (figura 2-7).



Figura 2-7. Gasto per cápita por concepto de salud en la Región de las Américas según grupos de países, 1994 (cifras en US\$ de 1994)

Si bien se aprecia una tendencia a incrementar la proporción del PIB que se invierte en salud en los países, se constata que persisten diferencias marcadas entre los países en cuanto a los recursos financieros que se destinan a salud: mientras en el grupo I el gasto nacional en salud representa más de 10% del PIB y en términos per cápita supera los US\$ 1.600 por año, en los grupos IV y V es inferior a US\$ 90 y US\$ 35 dólares, respectivamente, y representa cerca de 6% del PIB (figura 2-8).

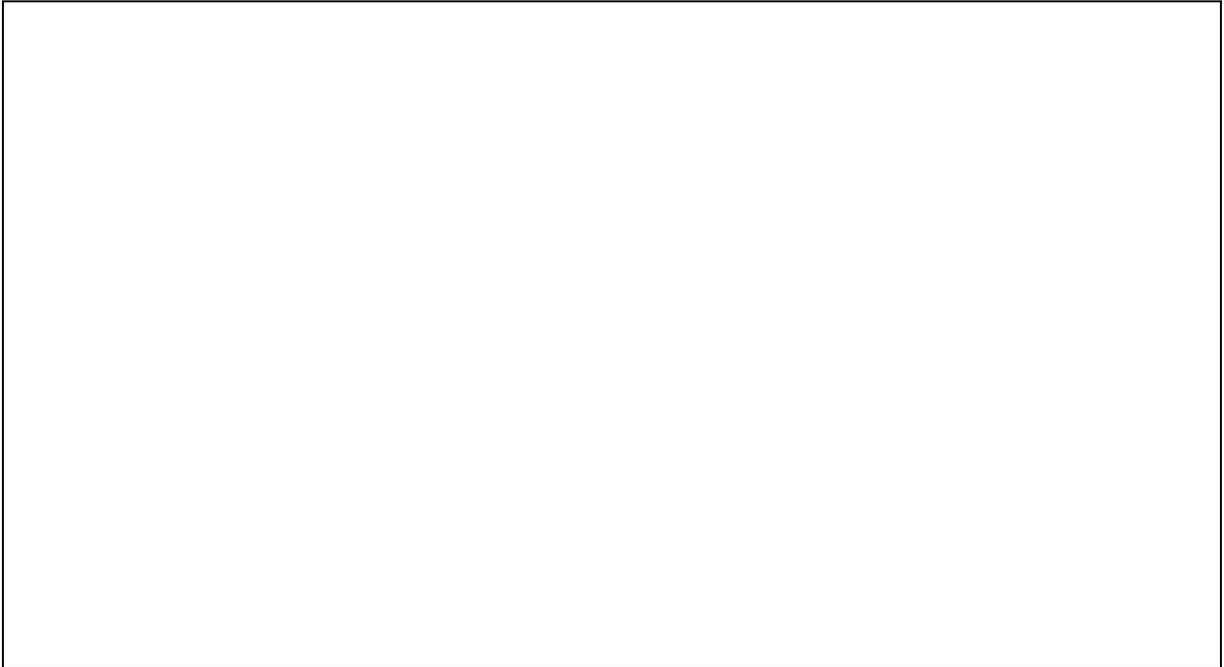


Figura 2-8. Porcentaje del PIB asignado a salud en la Región de las Américas, por grupos de países, 1994

Los datos muestran que la disponibilidad de atención médica (medida por el indicador *médicos por habitantes*), es menor cuanto menor es el PNB per cápita del grupo de países mientras que, la proporción de la población que habita en zonas rurales (indicador substitutivo de *accesibilidad*) es más alta en los grupos de países con PNB per cápita más bajo. En consecuencia, tanto la accesibilidad como la disponibilidad de atención médica disminuyen al reducirse el PNB per cápita (figura 2-9).

El indicador *cobertura poblacional con acceso a agua potable* informa sobre el nivel de acceso de la población a servicios básicos y sobre la inversión realizada en infraestructura sanitaria. Con base en la información proporcionada por 33 países de la Región, se observa que el valor mediano de cobertura fue de 34% para el total de la población en 1995, con un rango que va de 39% a 100%. Sin embargo, mientras que 84 de cada 100 pobladores urbanos de las Américas tienen acceso al agua potable, sólo 41% de los pobladores rurales lo tiene.



Figura 2-9. Número de médicos por 10.000 habitantes y porcentaje de población rural en la Región de las Américas, por grupos de países, c. 1992.

2.5.2 Inequidad en el estado de salud de la población

La desigualdad en el riesgo de enfermarse y morir prematuramente guarda relación con la falta de equidad que se vincula a factores condicionantes y macro-determinantes de los cuales depende la salud. Por ejemplo, en el caso de la mortalidad infantil, si bien existe una tendencia a su disminución en casi todos los países de la Región, sus tasas oscilaron entre 8 y 86 por 1.000 nacidos vivos durante el período 1990-1994. Este indicador aumenta a medida que el PNB per cápita es menor, tal como puede apreciarse en la figura 2-10.

Las tasas de mortalidad infantil presentan variaciones marcadas entre los países; aunque el valor mediano regional es de 20,0/1.000, un recién nacido en un país del grupo I, como Canadá o Estados Unidos de América, vive en un entorno en donde tiene alrededor de 10 veces más probabilidades de sobrevivencia al primer año de vida que uno nacido en un país del grupo V, como Bolivia o Haití. Este patrón de desigualdad se reproduce al interior de cada país. Argentina, perteneciente al grupo II, tiene seis de sus 24 provincias donde viven siete millones de habitantes con tasas de entre 12,0 y 17,9 por 1.000; en cambio, 12 de sus provincias habitadas por 60% de su población (21 millones de habitantes), tienen tasas comprendidas entre 21,4 y 43,1 por 1.000. De igual manera, la proporción de niños con bajo peso al nacer tiende a aumentar a medida que se pasa de un grupo a otro de países (cuadro 2.3).

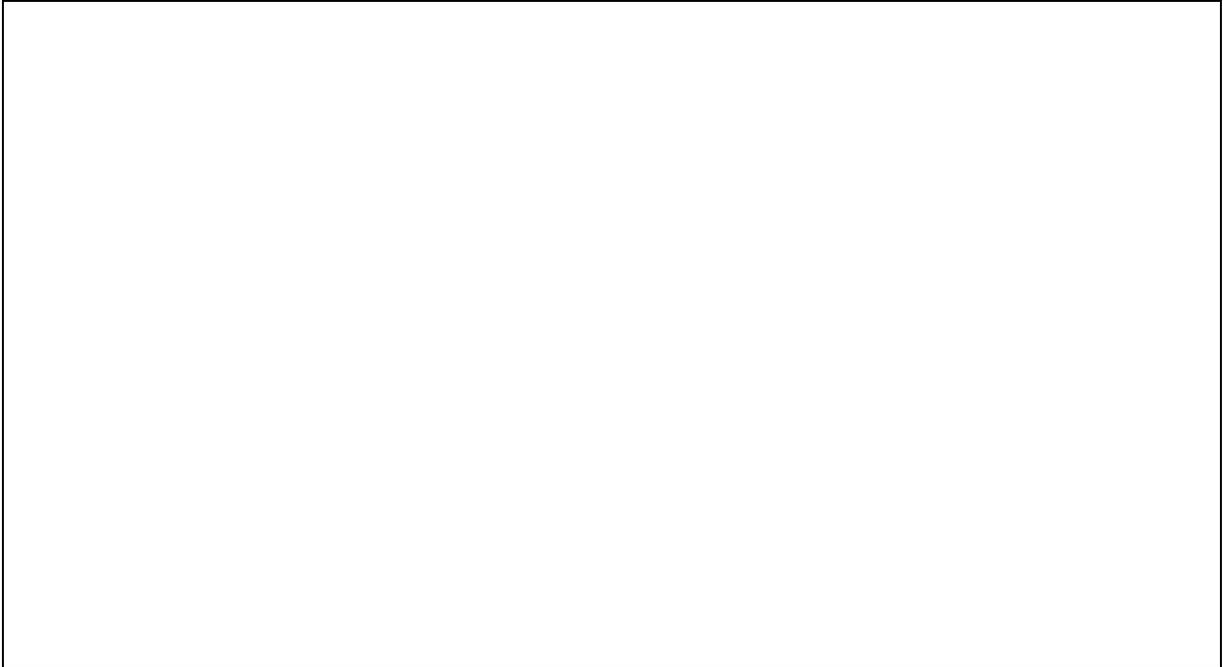


Figura 2-10. Tasa de mortalidad infantil en la Región de las Américas, según grupos de países, 1990-1994

Cuadro 2.3

Porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer (<2.500 g) del total de nacimientos en la Región de las Américas, según grupos de países, 1990

Grupo	Recién nacidos con bajo peso (<2.500g), 1990
I	8,7
II	8,0
III	10,9
IV	12,0
V	13,2

Una situación similar ocurre con la proporción de defunciones por enfermedades diarreicas agudas de niños menores de cinco años, las que por mucho tiempo se han considerado prevenibles: ellas cobran más vidas en los países donde el PNB per cápita es más bajo (figura 2-11).

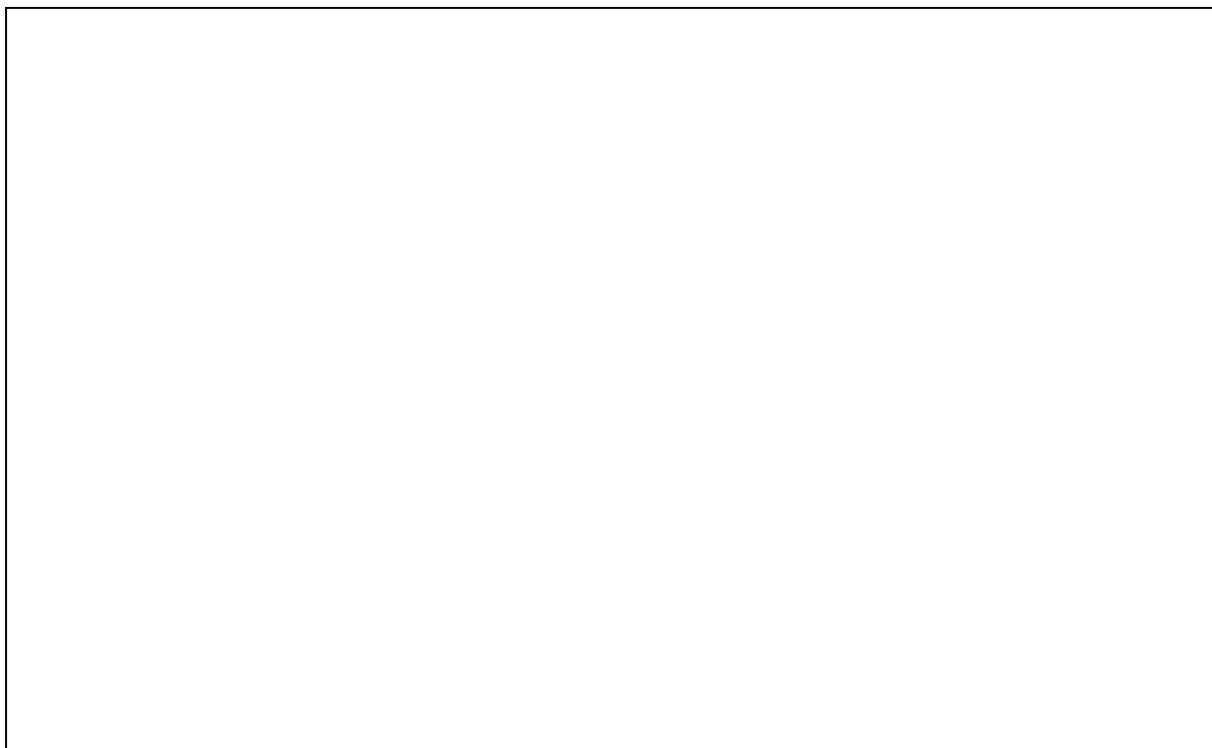


Figura 2-11. Porcentaje de defunciones de niños menores de 5 años atribuidas a diarreas agudas en la Región de las Américas, según grupos de países (año más reciente con información disponible entre 1988 y 1993)

La aparición de nuevas enfermedades infecciosas o el resurgimiento de otras que se creían controladas con medidas de salud pública, también ha modificado la situación de salud de la Región. Los ejemplos más evidentes son la malaria y el dengue; en el caso de la malaria, las tasas de morbilidad (medidas por la tasa de incidencia anual parasitaria) comenzaron a aumentar constantemente a mediados del decenio de 1970, con una caída en 1993 y posterior incremento en 1994 y 1995, para alcanzar tasas que son más del doble de las registradas hace dos décadas (figura 2-12). Una tendencia similar puede observarse en el caso del resurgimiento del dengue (figura 2-13).

En lo que respecta a la tuberculosis, ocho países (en los que habita 29% de la población de la Región) presentan tasas de incidencia de más de 25 casos por 100.000 habitantes, lo que refleja una situación grave en relación con la tuberculosis pulmonar. Sin embargo, durante 1994 y 1995, se observa una tendencia a estabilizarse el número de casos nuevos en casi todos los países.



Figura 2-12. Tendencias de las tasas de morbilidad por malaria en 21 países con transmisión en la Región de las Américas, por año, 1990-1996



Figura 2-13. Número de casos diagnosticados de dengue y dengue hemorrágico en la Región de las Américas, por año, 1990-1996

2.5.3 Inequidad en la accesibilidad a los servicios de salud

Si bien todos los países de la Región viven procesos de transformación de sus sistemas de salud, la realidad es que el grado de desarrollo alcanzado por estos presenta diferencias, especialmente en lo que respecta a accesibilidad a los recursos de atención médica y a su disponibilidad. Una manera de evaluar la accesibilidad de la población a los servicios de salud es calcular el porcentaje de mujeres embarazadas que recibió atención prenatal y el porcentaje del total de partos atendidos por personal adiestrado. Como se muestra en el cuadro 2.4, la cobertura es menor en los países pertenecientes al grupo con PNB per cápita más bajo. Cabe destacar las diferencias en ambos indicadores entre los países pertenecientes a los grupos IV y V: al comparar el porcentaje de embarazos con atención prenatal en los países del grupo V, se observa que las proporciones oscilan entre 95% en Guyana y 38% en Bolivia; en el caso del porcentaje de partos atendidos por personal adiestrado dentro del grupo IV, existen variaciones que van desde 23% en Guatemala hasta 90% en Suriname.

Cuadro 2.4

Porcentaje de mujeres embarazadas que recibieron atención prenatal y porcentaje de partos atendidos por personal adiestrado, promedio según grupo de países, c. 1990

Grupo	Atención prenatal (%)	Partos atendidos por personal adiestrado (%)
I	98,2	99,1
II	96,0	95,0
III	75,4	86,4
IV	56,8	45,5
V	58,4	40,5

2.6 Fortalecimiento de la democracia

La interdependencia entre los componentes del desarrollo humano no se agota con el análisis de las relaciones entre crecimiento económico, salud y educación. La democracia y los comportamientos políticos y sociales que giran en torno a sus valores y normas deben considerarse, también, como componentes inextricablemente unidos a los anteriores y al cuadro conceptual del desarrollo. Nunca antes las fronteras de la democracia habían alcanzado los niveles de expansión que existen actualmente en el continente. La firma del Acuerdo de Paz por el gobierno y la guerrilla del Salvador en Chapultepec en 1992, el retorno a la

legalidad constitucional en Haití desde 1996, con la instalación de un nuevo gobierno producto de elecciones libres y democráticas, la firma en diciembre del mismo año del Acuerdo de Paz firme y duradera entre el gobierno y la guerrilla de Guatemala, las transferencias pacíficas del poder nacido por voluntad popular en países con larga tradición autoritaria, como es el caso de Nicaragua, las expresiones de participación en el poder político de fuerzas pluralistas en el seno de sociedades donde la hegemonía política venía siendo ejercida tradicionalmente por un solo partido, tal como resulta de las recientes elecciones mexicanas, figuran entre los hechos políticos más resaltantes ocurridos en el presente lustro en la Región y que expresan el fortalecimiento de la tendencia de gobiernos democráticos iniciada a mediados de la década de 1980.

El fortalecimiento de estas tendencias no significa en ningún modo que los países con gobiernos democráticos de larga o reciente data no confronten o no hayan confrontado problemas que comprometieron o comprometen su estabilidad. Por ejemplo, las insurgencias militares ocurridas en Venezuela en 1992, la crisis política vivida por el Ecuador durante el presente año y la ya larga crisis de una de las democracias más antiguas del continente como es el caso de Colombia, constituyen los mejores testimonios de la situación descrita. Por tanto, la expansión del mapa de la democracia en la Región no debe ser identificada con su consolidación, en especial en América Latina y el Caribe, donde un número significativo de países continúa presentando dificultades en sus procesos de estabilización democrática. Tales dificultades estarían relacionadas con problemas heredados de un legado histórico que combina características particulares propias de la forma en que se realizó la transición desde los regímenes autoritarios hasta los que les sucedieron, con la ausencia o discontinuidad de prácticas democráticas en estas sociedades, problemas graves vinculados a la ineficacia de sus instituciones y la pérdida de credibilidad en el sistema político⁶⁹.

El tema del legado histórico reviste una importancia central para el análisis de un aspecto que se considera consustancial al desarrollo humano y a su componente salud: la participación. En efecto, no es suficiente constatar que casi 20 países de América Latina hicieron su transición de gobiernos militares a gobiernos democráticos después de 1980 si no se tiene presente, también, que naciones con una larga historia de inexistencia de prácticas democráticas y aquellas en las cuales la discontinuidad fue la característica, muestran rezagos marcados en sus niveles de participación en la actividad pública y privada, en comparación a lo que ocurre en países con democracias consolidadas.

Por otra parte, el tipo de democracia guarda también relación con los niveles de participación que se producen. Aquellas "democracias delegativas" y "no

69 M. Alcántara Sáez señala estos aspectos para definir a los países en vías de consolidación democrática. Véase Alcántara Sáez M. *Gobernabilidad, crisis y cambio*. México, DF: Fondo de Cultura Económica; 1995:233-234.

institucionalizadas"⁷⁰ basadas en concepciones y prácticas políticas donde se presume que el resultado electoral supone un derecho delegado al poder ejecutivo por los electores para que éste haga lo que le parezca en función de los intereses del país, pertenecerían al tipo de democracia que limita la participación, pues carece de la contraparte de creación y fortalecimiento de aquellas instituciones políticas encargadas del control de las acciones de esa rama del Estado.

El papel jugado por la ineficacia de las instituciones en la consolidación de la democracia en la Región no se reduce a la manera como ha funcionado el régimen político en los países,⁷¹ ni a la manera en que éste aborda los múltiples problemas que se le presentan; también, tiene que ver con el impacto que producen las políticas económicas y las políticas sectoriales sobre la gobernabilidad.

2.6.1 Funcionamiento del régimen político y la democracia

Las limitaciones que afectan el funcionamiento del régimen político pueden ser de carácter general o específico; en el primer caso, se trata de las limitaciones presentes en los mecanismos que contribuyen al establecimiento de reglas de juego que ayuden a su gobernabilidad, bien se trate de los que han estado en vigencia antes del surgimiento de los gobiernos de la transición democrática o de los creados a partir de las reformas políticas puestas en marcha después de la caída de gobiernos autoritarios en varios de los países de América Latina y el Caribe. En el segundo caso, se trata de limitaciones del ámbito sectorial y, de manera particular, de limitaciones del sector salud. El funcionamiento de las instituciones del sector salud, en especial las pertenecientes al subsector público con los ministerios de salud a la cabeza, se encuentra sometido a demandas que reclaman eficacia y eficiencia en sus actuaciones; ellas provienen tanto del interior como del exterior del sector, desde los países y desde los organismos del sistema internacional.

A pesar de los programas de modernización del Estado que se han venido implementando, la capacidad operativa del sector salud y de sus ministerios en particular, continúa presentando francas limitaciones en la mayoría de los países de la Región. No es casual que, en los informes elaborados por los gobiernos de la Región en ocasión de la tercera evaluación de la estrategia Salud para Todos en el Año 2000, un número significativo de países de América Latina y el Caribe hayan señalado que la debilidad y lentitud del proceso de fortalecimiento de los ministerios de salud para ejercer su rectoría ha limitado los esfuerzos de sus respectivos gobiernos para mejorar la formulación de políticas relacionadas con esta estrategia.

70 O'Donnell GO. Estado, democratización y ciudadanía. *Nueva Sociedad* 1993;128:64.

71 La categoría régimen político es empleada en el mismo sentido que propone Alcántara Sáez para referirse a uno de los elementos que integran el sistema político, conformado por el Estado y sus reglas de interacción, la constitución y las leyes reguladores de la política, la sociedad y la economía.

Las limitaciones de carácter operativo del sector no se superan sólo con medidas técnico administrativas o políticas como las reestructuraciones de los ministerios de salud en el marco de procesos de reingeniería, donde el énfasis se coloca en criterios cuantitativos de reducción de personal, separación de las funciones de provisión de servicios de las de financiamiento y en el fortalecimiento de las funciones de conducción y regulación. Al mismo tiempo, se hace necesario desarrollar la capacidad para comprender y analizar las transformaciones políticas y económicas que se derivan de la globalización, cuyas consecuencias más notables son la pérdida de autonomía de los gobiernos nacionales en ámbitos particulares y la redistribución del poder entre Estado, mercado y sociedad civil⁷².

Estas consecuencias, que afectan a todos los países desarrollados o en vías desarrollo, con democracias consolidadas o en proceso de consolidación, han producido modificaciones en el interior del Estado relacionadas, por un lado, con el desplazamiento de sus funciones en el terreno de la economía—en el marco de la extensión de las economías de mercado—y, por el otro, con el fortalecimiento de la sociedad civil. En el caso de América Latina, las modificaciones ocurridas en sus aparatos estatales no han estado asociadas a la vigencia de los procesos democratizadores que ha vivido la Región. En algunos países y como respuesta a la crisis económica y a las demandas de la globalización, los cambios comenzaron en el período de gobiernos dictatoriales y en la misma época en que lo hicieron los países con democracias consolidadas.

A pesar de estas modificaciones e independientemente de la magnitud y naturaleza de las reformas políticas orientadas a resolver problemas relacionados con la ineficacia e ineficiencia operacional de las instituciones del Estado y las de salud en particular, no se puede ignorar la existencia de asuntos que afectan a los países y que no dependen de la eficacia y eficiencia de los sistemas políticos nacionales sino que se remiten a la eficacia y eficiencia del sistema político internacional. El fortalecimiento y consolidación de la democracia en la Región pasa por el robustecimiento de las bases de la gobernabilidad del sistema político. En ellas, juegan un papel destacado las respuestas sociales que el régimen político produce ante las demandas de los actores políticos de la sociedad, expresadas a través de las políticas económicas y sectoriales. Los resultados de estas políticas generan manifestaciones sociales de satisfacción o insatisfacción, de apoyo o rechazo, que contribuyen a legitimar o deslegitimizar no sólo a los gobiernos sino al sistema político.

Si se hiciera un balance de los resultados de las políticas públicas relacionados con la situación de pobreza, desigualdades en la distribución del ingreso, desempleo, salario real, amplitud de las brechas de las remuneraciones y mantenimiento y ampliación de las brechas en materia de educación y salud en la

72 Mathews J. Power shift. *Foreign Affairs* 1997;(76)1:51-66.

Región, se podría concluir que el crecimiento económico hasta el presente, en especial en la subregión de América Latina y el Caribe, no ha acompañado a la superación del subdesarrollo humano que persiste en estas sociedades con caracteres graves. De no ser modificados, estos resultados se convertirán en obstáculos al proceso de consolidación democrática que vive el continente, pudiendo poner en peligro la gobernabilidad de algunos regímenes políticos. Por esta razón, no resultan sorprendentes las caracterizaciones de la situación política de América Latina y el Caribe como "manifestaciones de insatisfacción y descontento por parte de diversos estratos de la población"⁷³ y "creciente fatiga de muchos grupos sociales"⁷⁴; así como el señalamiento que "la segunda mitad del decenio de los noventa puede traer más descontento popular"⁷⁵.

Si bien es cierto que estas reacciones de la sociedad están estrechamente vinculadas a los efectos inequitativos de las políticas económicas, la clave de este descontento también está en la insatisfacción ante las respuestas sociales a las condiciones de vida de la población, una de cuyas expresiones son las políticas sectoriales. En el caso de las políticas de salud, las manifestaciones de insatisfacción y descontento han sido, hasta ahora, expresión más de los profesionales y trabajadores del sector y de los medios de comunicación social, que de los propios usuarios de los servicios. Las protestas de los trabajadores de la salud han estado vinculadas, básicamente, a reclamos por mejoras en sus remuneraciones como consecuencia del deterioro del salario real. Los medios de comunicación, al difundir estas protestas a través de la cobertura de noticias de los servicios que concentran el mayor número de trabajadores del sector (los hospitales), llaman la atención sobre la situación en que se encuentran estas instituciones y destacan, además de la crisis de financiamiento que padecen que no permite cumplir con compromisos contractuales y pagar mejores remuneraciones, la ausencia de garantía para la provisión de insumos, el mantenimiento o la adquisición de equipos.

Las repercusiones de estos signos de insatisfacción y descontento son de naturaleza diversa; en el caso de las relacionadas con el personal de salud, afectan el funcionamiento de los servicios debido a la frecuencia de la interrupción de actividades como consecuencia de las convocatorias a paros o huelgas, llegando hasta la paralización de los servicios de vigilancia epidemiológica en virtud de que los organismos gremiales de los médicos han incorporado como mecanismo novedoso

73 CEPAL. *Ibíd.*, pág. 86. Se atribuye la insatisfacción y el descontento tanto a la repartición desigual en la sociedad de los costos y beneficios asociados a la reestructuración económica, como a la ausencia de mecanismos explícitos e institucionalizados que generen credibilidad en que, en efecto, se quiere repartir equitativamente los frutos del crecimiento asignándole a este aspecto mayor importancia que al primero.

74 BID. *Ibíd.*, prefacio vii. Este diagnóstico realizado por el BID se complementa con el señalamiento de la necesidad de concentrar con urgencia la atención de los gobiernos en los problemas sociales, por intermedio de políticas que mejoren la calidad de los servicios.

75 CEPAL. *Ibíd.*, pág. 86.

de presión la retención de la información epidemiológica⁷⁶; por otra parte y con frecuencia, desencadenan crisis de gobernabilidad en el interior mismo del sector. La alta rotación de los ministros de salud en América Latina parecería estar vinculada a la reiterada conflictividad presente en los servicios de atención médica del subsector público. Las repercusiones del manejo de la información sobre la situación de salud en la Región, que realizan los medios de comunicación, contribuyen a la creación de una matriz de opinión que favorece la reducción de los problemas de salud al campo restringido de los problemas que confrontan los servicios hospitalarios; con ello, se refuerza la cultura curativa y medicalizada y se favorece el mantenimiento de la orientación del gasto en salud hacia estas actividades.

La contribución de las políticas de salud a la consolidación de la democracia en la Región, representa una de las expresiones de la interdependencia entre los componentes del desarrollo humano. No hay lugar a dudas de que el mejoramiento de la calidad de vida necesita de la existencia de un clima de libertades para las personas, donde la confianza y seguridad en un futuro cada vez más equitativo formen parte del sistema de valores de la democracia.

76 En algunos de los recientes conflictos médicos, a esta práctica se le ha sumado el cierre de los servicios de emergencias, habiendo casos de denuncias contra miembros del personal médico hospitalario a quienes se les señala como responsables de la muerte de pacientes por haberles negado atención.

3 LA SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO Y LA NUEVA SITUACIÓN INTERNACIONAL

3.1 Un mundo cada día más globalizado e interdependiente

El escenario internacional del mundo moderno ha venido presenciando transformaciones importantes desde finales de la década de 1970 como consecuencia de cambios que ocurrieron en los ámbitos económico y político vinculados, por una parte, al inicio del proceso de internacionalización del capital y, por otra, al tortuoso camino en favor de la distensión mundial⁷⁷. Estas transformaciones avanzaron a una velocidad mayor en las décadas siguientes con el desarrollo del proceso de internacionalización del capital, el surgimiento y difusión de un nuevo paradigma productivo basado en la desmaterialización de la producción, en la electrónica y la informática, en el derrumbe del socialismo real, y en el fin de la guerra fría.

El desarrollo del proceso de internacionalización del capital se sustentó en la separación del ciclo productivo, la organización de la empresa en múltiples localizaciones distribuidas en distintos lugares del planeta y en el peso cada vez mayor de las transacciones financieras. El surgimiento y difusión de un nuevo paradigma productivo no sólo implicó sustituciones de las cadenas tecnológicas prevalentes por otras basadas en los avances ocurridos en el área de la computación, la telemática y la biotecnología; también, implicó impactos en otras esferas de la actividad humana: por ejemplo, avances tecnológicos en el campo de las comunicaciones que produjeron cambios sobre los patrones de consumo, urbanización, estilos de vida, representaciones sociales y valores que tienden hacia la homogeneización cultural de las sociedades.

El derrumbe del socialismo real y la finalización de la guerra fría colocó en un segundo plano el tema de la seguridad estratégica vista sólo desde la óptica del poder militar; otros asuntos, incluida la propia globalización, se han incorporado a las agendas de los organismos internacionales debido a su naturaleza interdependiente y a la convicción de que sólo pueden ser resueltos con intervenciones de carácter supranacional. Así, los pueblos se desenvuelven en un universo cada vez más globalizado e interdependiente, no sólo desde el punto de vista económico.

77 Existe una profusa literatura en relación a este tema; véanse, sobre todo:
· Tomassini L. *Estado, gobernabilidad y desarrollo*. Washington, DC: BID; 1993. (Serie de monografías 9).
· Rogalski M. El auge de la fractura norte-sur. ¿Es posible un gobierno global?. *Nueva Sociedad* 1994;132:100-117.
· Hein W. El fin del Estado-nación y el nuevo orden mundial. Las instituciones políticas en perspectiva. *Nueva Sociedad* 1994;132:82-99.
· Dabat A. Globalización mundial y alternativas de desarrollo. *Nueva Sociedad* 1994;132:146-155.
· Mathews J. *Ibidem*.

Desde 1990, la OPS comenzó a prestar atención a la temática de la nueva situación internacional al señalar los cambios que comenzaban a afectar a la organización de los procesos productivos, en cuanto a su localización geográfica y a su financiamiento como consecuencia de estrategias globales, caracterizando tales cambios con el nombre de *tendencias a la globalización*⁷⁸.

En 1994, en ocasión de la aprobación de las Orientaciones Estratégicas y Programáticas 1995-1998, este tema fue nuevamente considerado al reconocer la existencia de:

... una tendencia hacia la interdependencia de los países y la integración de la economía mundial. Esta tendencia se expresa en el establecimiento de nuevas relaciones comerciales y el flujo de capital entre países, así como en las iniciativas multinacionales y subregionales para la formación de bloques económicos o comerciales⁷⁹.

Recientemente, en el discurso con el que el Dr. George A. O. Alleyne, Director de la OPS, inaugurara la Primera Conferencia Panamericana de la Organización Internacional de Médicos Parlamentarios, se aludió nuevamente a la situación internacional al mencionarse las estrategias de los gobiernos de la Región para superar las inequidades en salud y los avances alcanzados en el proceso de integración regional en el marco de un contexto caracterizado por la apertura de los mercados y la globalización de la actividad económica.

Para comprender los niveles de complejidad derivados de la inserción de los modelos de desarrollo de los diversos países de la Región en la nueva situación internacional, es necesario examinar las dimensiones particulares de los procesos de desarrollo a la luz de las tendencias predominantes de la globalización de los asuntos mundiales.

3.2 Dimensión económica del desarrollo y globalización en la relación salud y desarrollo humano

En la línea de pensamiento de la OPS, la relación entre salud y economía ha estado focalizada hasta el presente en la esfera de la producción, enfatizando los efectos que ella tiene como consecuencia del ausentismo laboral por enfermedad o accidentes y el porcentaje que representa la fuerza de trabajo salud en relación a la

78 Este tema fue motivo de discusión en la XV Reunión del Subcomité de Planificación y Programación y en la 107 Reunión del Comité Ejecutivo del Consejo Directivo de la OPS.

79 Organización Panamericana de la Salud. Orientaciones estratégicas y programáticas 1995-1998. Washington, DC: OPS; 1994:5. (OPS. Documento oficial 269).

población económicamente activa de los países. La esfera de la circulación ha sido considerada sólo tangencialmente cuando se alude a los efectos que el aumento de la expectativa de vida tiene sobre el consumo o cuando se alude al gasto social en salud.

Si se considera la ecuación:

salud	----- >	desarrollo humano
	< -----	

y se la modifica por

salud	----- >	crecimiento económico
	< -----	

se puede decir que la salud ha contribuido al crecimiento económico en todos los casos y que los aportes particulares de éste a la salud dependen del modelo de desarrollo adoptado; en especial, los aportes en recursos financieros que una determinada sociedad está dispuesta a asignarle a la salud. Dicho de otra manera, el rol dinamizador de la inversión en salud, que ha producido el crecimiento económico hasta el presente, ha estado fundamentalmente en el lado izquierdo de la ecuación.

En el marco del crecimiento comercial que acompaña a la globalización, se impone conocer la magnitud de las transacciones internacionales de bienes y servicios de salud. Hasta el momento, existen indicios que revelan la existencia de fuentes dinamizadoras del gasto en salud en agentes situados en el lado derecho de la ecuación, especialmente, agentes económicos. Según datos del BID, el mercado de las exportaciones que tienen impacto sobre la salud se puede estimar en US\$ 31.130 millones para 1995 si se consideran solamente las exportaciones entre los países del Área Libre de Comercio de las Américas (ALCA)⁸⁰.

Las consecuencias del efecto dinamizador del gasto en salud, producto del incremento del comercio internacional de bienes y servicios que consume el sector, no significan *per sé* beneficios para la salud. En todo caso, debe tenerse en cuenta la existencia de riesgos que podrían agravar las inequidades en salud presentes. Por ejemplo, los que resultan de:

- a) Asignar la mayor parte de los recursos que la mayoría de los países de la Región destinan a la adquisición de equipos y materiales en función de las

80

Organización Panamericana de la Salud. La Organización Panamericana de la Salud y la Constitución del Área Libre de Comercio de las Américas. Washington, DC: OPS; 1997. (Documento mimeografiado).

necesidades creadas por un mercado internacional de bienes y servicios y no por las necesidades prioritarias de sus problemas de salud. Debe tenerse en cuenta que los recursos financieros consumidos por el sector salud se ven doblemente afectados por el impacto de la inflación y la devaluación sobre las adquisiciones de productos importados o con un alto componente importado;

- b) Reforzar la orientación que privilegia las acciones curativas en detrimento de las preventivas y de promoción para la salud, dada la alta participación en las adquisiciones de bienes y equipos del componente utilizado en los actos médicos de naturaleza restaurativa.

En la mayoría de los países de la Región, el impacto del crecimiento del comercio internacional de bienes y servicios de salud se ha manifestado tanto en el subsector público como privado aunque en el primero se haya concentrado hasta el presente en el ramo de bienes: equipos, medicamentos, productos biológicos y material médico-quirúrgico⁸¹. En el subsector privado, el impacto se expresa, también, en el volumen de gastos realizados en el exterior por personas que viajan con el propósito de solicitar atención médica y en la adquisición de servicios de salud a empresas transnacionales que han instalado clínicas en los países. En ambos sub-sectores y en el futuro inmediato, la venta de servicios de telemedicina comenzará a ocupar una parte del mercado cuya dimensión resulta prematuro estimar.

Por otra parte, debe señalarse la influencia que ejerce la cultura medicalizada para reforzar aquel efecto dinamizador a través del personal de los servicios y de sus consumidores. En el caso del personal de los servicios, se trata del efecto particular que produce la conformación de un pensamiento tecnologicista por el cual se asocian las intervenciones en salud únicamente con la utilización de los productos de los avances científico-tecnológicos que ha alcanzado la humanidad en el campo de la clínica, reforzado por las ventajas económicas y sociales que produce el empleo de la más reciente innovación tecnológica. En el caso de los consumidores, se trata de los efectos que producen en ellos la difusión de información sobre especializaciones médicas y la aparición de nuevas tecnologías en salud a través de los medios masivos de comunicación y el personal prestador de servicios: éste decide cuál es la tecnología más conveniente para el usuario debido a las características imperfectas del mercado de bienes y servicios de salud.

Sumado a lo anterior, el efecto tiene connotaciones distintas según los niveles de desarrollo de los países. Así, dada la liberalización del mercado y la competencia,

81 En la Región, ya comienza a producirse un importante mercado internacional de servicios de salud. Las empresas transnacionales, utilizando el argumento de la rápida obsolescencia tecnológica de los equipos, están vendiendo contratos de provisión de utilización de equipos que continúan siendo propiedad de éstas; estos contratos incluyen el mantenimiento preventivo y correctivo e insumos, cuando corresponde.

los países exportadores de tecnologías para la salud ven su mercado interno inundado por las innovaciones tecnológicas nacionales y por aquellas provenientes del exterior. A ello se agrega, por el lado de la demanda, la presión de los usuarios y de los profesionales de la salud que favorece la difusión masiva de las nuevas tecnologías, independientemente del incremento del gasto en salud que ellas causen. El efecto de ambos fenómenos es la explosión en los costos que se traduce en el crecimiento del porcentaje del total del PIB que consume el sector salud. En los países no exportadores de esta tecnología, sus grados de libertad en materia económica les impide gozar de la elasticidad que ha experimentado el gasto en los países exportadores en los cuales, más allá de las políticas restrictivas de acceso para quienes no pueden asumir los elevados costos derivados de las innovaciones, las respuestas están en el propio terreno de los agentes económicos: la competencia por penetrar o ampliar su presencia en los mercados nacionales, garantizando calidad y menor costo, los impulsa al desarrollo de innovaciones tecnológicas guiadas por este propósito.

Un ejemplo de ello lo constituye el crecimiento que está experimentando la telemedicina en los Estados Unidos en la actual década. Uno de los argumentos para su promoción es su contribución a la prestación de servicios de atención médica para toda la población a un menor costo⁸². Como la comercialización de los desarrollos tecnológicos no se realiza para mercados confinados, pronto se verá el bombardeo masivo de las bondades de la telemedicina hacia el resto de los países de la Región considerados mercados potenciales. Sin embargo, la adquisición indiscriminada de estos servicios podría producir el efecto contrario que se preconiza para los Estados Unidos, por un aumento del costo en salud paralelo a un deterioro de las condiciones de los grupos más pobres, pues los ya menguados recursos que se destinan para ellos deben alcanzar, también, para atender los gastos derivados de la puesta en marcha de esta tecnología.

Debido a que los efectos de la globalización sobre la dimensión económica de los procesos de desarrollo no se agotan en la esfera de la circulación, pues la característica de la internacionalización del capital es el crecimiento del comercio y el crecimiento de la inversión, se impone conocer los cambios experimentados en la organización de los procesos de producción de equipos y bienes en general del complejo industrial de salud, las nuevas localizaciones de estos procesos, los montos de las inversiones realizadas, la contribución de esta producción al PIB, las consecuencias que estas localizaciones e inversiones generan en la adquisición de la tecnología en salud que realizan los países donde se instalan las corporaciones transnacionales de salud, los efectos que causa en el personal que labora en ellas, en el personal de salud en general y en el que participa en la toma de decisiones sobre

82 Un interesante punto de vista sobre este particular se encuentra en: Perednia DA, Allen A. Telemedicine technology and clinical applications. *JAMA* 1995;273(6).

compras de bienes que consume el sector y los efectos sobre los consumidores finales.

3.3 Dimensión social del desarrollo y globalización en la relación salud y desarrollo humano

El contexto de la nueva situación internacional en la que se desenvuelven de manera desigual y asincrónica los procesos de desarrollo en la Región, ha puesto al desnudo la existencia de un conjunto de problemas que no permanecen confinados al territorio geográfico particular de un país ni al de los que comparten fronteras o integran subregiones ni, tampoco, al de todo el continente. Algunos problemas estaban ya presentes antes de la internacionalización del capital, otros son de aparición reciente y guardan una relación estrecha con ella.

Aceptando la existencia de bienes que no son patrimonio particular de ningún país de la tierra, (los llamados bienes comunes de la humanidad como los océanos, el espacio sideral y los círculos polares) y la existencia de la polémica sobre la diversidad biológica como parte de estos bienes, la necesidad de preservarlos para las generaciones actuales y futuras, protegiéndolos de la contaminación y la explotación irracional, no admite discusión.

El caso del agotamiento de la biodiversidad merece una atención especial, no sólo porque es fuente de insumos básicos que se utilizan en la producción generada por los avances alcanzados por la ingeniería genética (clave del desarrollo actual de la industria agroalimentaria y de medicamentos) y por sus implicaciones directas sobre la salud, sino porque ella forma parte de los recursos potenciales de desarrollo de las naciones pobres dada la localización geográfica de las principales reservas existentes de fauna y flora con que cuenta el planeta. En la óptica del desarrollo humano, su explotación racional podría significar crecimiento económico, mejores condiciones de vida y, por ende, disminución de las inequidades en general y de salud en particular.

Sin embargo, las restricciones a la explotación de estos recursos colocaría en desventaja a las naciones de menores ingresos que, por el proceso de desarrollo desigual, están cargando con el costo económico y social acumulado que resulta del empobrecimiento de la biodiversidad causado por la explotación indiscriminada que caracteriza al proceso de industrialización. Un caso similar al de las restricciones a la explotación de las reservas de la biodiversidad, lo representa el debate acerca del daño al ambiente causado por gases provenientes de procesos industriales: el llamado efecto invernadero y la reducción de la capa de ozono. Además de sus efectos particulares sobre la salud expresados en el aumento de la incidencia de determinados cánceres de piel, están sus impactos sobre el proceso de desarrollo humano al profundizar las desigualdades entre países desarrollados y en vías de desarrollo.

La esperanza puesta por los países pobres en la industrialización, como vehículo para alcanzar su crecimiento económico, se ve dificultada por el monto de las inversiones financieras y las limitaciones de acceso a la tecnología requerida por los procesos de sustitución del parque industrial derivados de la implementación de medidas acordadas a nivel global. Lo paradójico de esta situación es que, mientras por una parte la globalización contribuye a la mejora de las condiciones globales de salud— en lo que concierne a la preservación del ambiente en los casos de los bienes patrimonio común de la humanidad y de la biodiversidad—demandando intervenciones que comprometen y obligan a todos los países, por la otra, afecta de manera indirecta la mejora de las condiciones de vida futuras de las naciones propietarias de la mayoría de las reservas de diversidad biológica, que verían restringidas sus opciones de crecimiento económico basadas en la explotación de estos recursos, al tener que sacrificar las ventajas comparativas que se derivan de su posesión.

Otra de las situaciones que amerita ser examinada es el incremento de la movilidad poblacional pues no se trata sólo de desplazamientos de grupos humanos como consecuencia de conflictos étnicos, políticos, religiosos, catástrofes naturales e incremento del turismo; también, se trata de los desplazamientos masivos de población por causas económicas que ocurren entre países como consecuencia de la reproducción y ampliación de las brechas entre naciones desarrolladas y subdesarrolladas que ha generado la globalización. Allí, aparecen otras paradojas de la globalización: si bien es cierto que, teóricamente y desde una óptica exclusivamente económica, el crecimiento de la internacionalización del capital demanda desregulaciones de la movilidad del capital y de la mano de obra, la realidad es que los gobiernos han incrementado las barreras en relación a la movilidad de la fuerza de trabajo sin haber impedido la proliferación de migraciones de numerosos trabajadores en la Región—en su mayoría, mano de obra no calificada—que ingresan ilegalmente o transforman el carácter legal de su permanencia para burlar las barreras impuestas por los estados. Este fenómeno migratorio masivo no se produce solo en la dirección países en desarrollo hacia países desarrollados, también opera entre los primeros, desde los países de menor crecimiento económico hacia los de mayor crecimiento.

En todos los casos, estos desplazamientos tienen repercusiones en la situación de salud de la población migrante y del conjunto del país donde se instala. En el caso de la población migrante, influye la pertenencia de esta fuerza de trabajo a grupos postergados de población en sus países de origen—lo que significa que sus condiciones de vida previas están marcadas por el perfil de necesidades y problemas que son propios de estos grupos y que cargan en su pasado particular—a lo que se agregan las condiciones que se derivan de seguir perteneciendo a grupos postergados de otra sociedad donde han de sobreponerse a los efectos del desarraigo cultural agravado, cuando existe, por la barrera del idioma.

Dependiendo de la característica del sistema de salud existente en el país en donde se instala esta fuerza de trabajo, su acceso a los servicios de salud va a experimentar variaciones: si se trata de países en vías de desarrollo, en la mayoría de los casos, se mejora o mantiene la capacidad de acceso a los servicios que tenía en sus países de origen dada la alta proporción de servicios de salud provistos por el sector público y la debilidad reguladora existente en ellos. Si se trata de trabajadores que emigran a países desarrollados, esa capacidad se deteriora, pues dependen de programas sociales cada vez más sometidos a recortes presupuestarios. Las repercusiones de esta problemática particular sobre la equidad en salud resultan manifiestas. Cualquiera sea la causa de los movimientos migratorios, se impone la necesidad de que el sistema de vigilancia epidemiológica de los países preste atención al incremento de los riesgos para la salud que esta situación representa. En el caso de las enfermedades transmisibles, es evidente que la evolución de la actual pandemia de SIDA que azota a la humanidad hubiera sido diferente sin la globalización.

El desplazamiento de la fuerza de trabajo especializada—profesionales y técnicos de los países en desarrollo que se trasladan hacia países desarrollados—merece especial atención por sus repercusiones sobre la salud. Esta migración reviste características especiales: las barreras que imponen los estados de los países desarrollados se levantan con mayor facilidad que en el caso de la mano de obra no calificada en función de las demandas no satisfechas de personal en algunas ramas de trabajo específicas pero, por otra parte, se trata generalmente de personal que no pertenece a grupos postergados en su países de origen y que se ve atraído por el estilo de vida y las condiciones de trabajo, incluyendo en ella las remuneraciones salariales. Las repercusiones de esta migración selectiva son de signo negativo para los países en desarrollo por lo que representan como drenaje de recursos humanos altamente calificados y por la inversión financiera en capital humano realizada por los estados. El carácter de financiamiento público que ha caracterizado hasta el presente la formación de profesionales en los países en desarrollo de la Región se extiende, en algunos países, a programas de becas de especialización en el extranjero ocurriendo que la especialización se realiza en el mismo país que es destino de la migración selectiva.

El traslado de procesos productivos de las empresas transnacionales como consecuencia de la internacionalización de la inversión es otra situación perteneciente al ámbito de la dimensión social que impacta las condiciones de vida de la población de los países en desarrollo. Como la razón dinamizadora de esta localización mundializada es de naturaleza económica (el aumento del costo salarial de la fuerza de trabajo en los países desarrollados), la respuesta es la búsqueda de los mejores mercados por los que se compite no para la venta de productos sino para la compra de esta "mercancía particular" que es la fuerza de trabajo de los países en vías de desarrollo. Esta búsqueda no está concentrada únicamente en una fuerza de trabajo con bajos niveles de remuneración: se trata de encontrar países en los cuales

los aportes de las empresas al financiamiento de la seguridad social sean menores pues, en definitiva, el objetivo es disminuir al máximo el costo de la fracción fuerza de trabajo.

Otro factor tomado en consideración para la localización de la actividad productiva en los países en desarrollo, es el nivel de regulación del Estado sobre las condiciones de trabajo y la importancia que los trabajadores le asignan a esa regulación en sus pliegos reivindicativos. De allí, no resulta paradójico encontrar que las transferencias de procesos productivos hacia los países que están aportando esta "mercancía particular" se ven despojadas del cumplimiento de normas que las empresas transnacionales cumplían o cumplen para los mismos procesos en los países desarrollados. Este factor representa un peso mayor al argumentado hasta el presente, y no suficientemente demostrado, a propósito de la tesis que sustenta que la localización de los procesos productivos guarda relación con los riesgos que representan para los trabajadores y para el medio ambiente y que, en consecuencia, sólo se trasladarían aquellos que producen mayor riesgo.

Los efectos sobre la contaminación ambiental y, por ende, sobre las condiciones de vida y la situación de salud no estarían circunscritos a la localización de procesos productivos con mayor riesgo contaminante: se extienden a todos los que generan contaminación, independientemente de sus grados de riesgo. Aquí, al igual que en el caso de las condiciones de trabajo y en función de la lógica de la competitividad, lo que importa es producir al menor costo utilizando, como criterio de selección para la instalación de las empresas transnacionales en los países de menor desarrollo, la debilidad reguladora y de control estatal sobre la preservación del ambiente y el valor que juega la preservación del ambiente en la cultura ciudadana.

Los productos nocivos para la salud, objeto de comercio legal o ilegal, no escapan al crecimiento de la comercialización de bienes que acompaña a la globalización. En el caso de las drogas ilegales, los efectos sobre la situación de salud no se remiten únicamente a las consecuencias deletéreas sobre los consumidores sino a las repercusiones económicas y políticas que producen en los países productores, incluidas las que se refieren a la actividad económica de los campesinos pobres del altiplano andino, para quienes su cultivo constituye la principal actividad de sustento, y las vinculadas al lavado de dinero cuya circulación alimenta inversiones en otras actividades económicas y hasta en el terreno de la política. El incremento del comercio de las drogas ilegales se ha convertido en un problema que no sólo trasciende las fronteras de los países o de la Región, se trata de un problema mundial que plantea retos que necesitan ser asumidos globalmente. En la perspectiva de desarrollo humano sustentable, se debe responder a un doble reto: combatir su consumo y proporcionar alternativas de trabajo para los campesinos pobres que, incluso por razones históricas y culturales, han convertido el cultivo de drogas en un modo de vida.

Sin restarle importancia a las situaciones recién examinadas, debe señalarse que así como el proceso de desarrollo desigual y asincrónico que ha caracterizado a los países de la región no ha sido capaz hasta el presente de reducir las inequidades sociales entre los países y en el interior de estos, el modelo de globalización que gira en torno a la competitividad y enfatiza el desarrollo de tecnologías que ahorran fuerza trabajo no ha dado respuesta a la superación de la pobreza a través de la incorporación al mercado de trabajo de inmensas masas de trabajadores, tanto en los países desarrollados como en los países en vías de desarrollo. En consecuencia, sigue vigente la necesidad de la reducción gradual de los obstáculos estructurales internos para el desarrollo humano sostenido a través del abatimiento de la desigualdad y la atención prioritaria a necesidades humanas esenciales, entre ellas la salud, y la lucha frontal contra la pobreza extrema, expresada cuando se aprobaron las orientaciones estratégicas y prioridades programáticas de la OPS para el período 1991-1994⁸³.

3.4 Dimensión cultural del desarrollo y la globalización en la relación salud-desarrollo humano

Al abordar los factores que contribuyeron a la transformación de la situación internacional, se mencionó el impacto general producido por los avances tecnológicos, ocurridos en el área de la computación y la telemática sobre la población en general y sobre quienes utilizan los productos de tales avances en su campo de trabajo. En el campo específico de la salud, uno de los resultados de los avances tecnológicos es la socialización de la información, o lo que algunos autores han denominado *la internacionalización del conocimiento social*. Esta socialización produce efectos diferentes según se trate de la población general o de la fracción de ella que utiliza el conocimiento socializado o equipos computarizados en su proceso de trabajo.

En el caso de la población general, el avance de la tecnología de la información es uno de los factores determinantes de la globalización, pues ha favorecido la tendencia a la universalización de los modos de vida a partir de la adopción de patrones de consumo, urbanización, estilos de vida y valores comunes, todos ellos elementos que inciden en las condiciones de vida de los distintos grupos que integran la población y, por ende, sobre la salud. En el caso del segundo grupo, además de los efectos que comparte con la población general, por ser parte de ella, los avances han contribuido a facilitar el acceso al conocimiento de la producción científica tecnológica en materia de salud, al intercambio entre profesionales de la salud que se desempeñan en los distintos rincones del planeta⁸⁴ y, por otra parte, a

83 Organización Panamericana de la Salud. *Orientaciones estratégicas y prioridades programáticas 1991-1994*. Washington, DC: OPS; 1991:13. (PNSP/91-22).

84 Dabat A. *Ibidem*, pág. 150.

reforzar la cultura médica tecnologicista que identifica calidad de servicios únicamente con el uso de las modernas tecnologías en salud⁸⁵.

En la adopción de patrones de consumo comunes, también juega un papel destacado la expansión de los mercados a los medios masivos de comunicación que ofrecen, a través de grandes inversiones en publicidad, una oferta invasiva de bienes y servicios que responden mayoritariamente a los patrones dominantes de las sociedades desarrolladas y los universaliza tanto al interior de la sociedad de los países de origen como en la sociedad de los que están en vías de desarrollo. En este caso, al igual que en la adopción de nuevos patrones de consumo o el incremento del consumo de algunos productos, la fuente dinamizadora es de naturaleza exclusivamente económica, vinculada al crecimiento del mercado. Por ello, se impone examinar cuáles son las consecuencias para la salud que resultan de las modificaciones de los patrones de consumo.

Uno de los campos, donde se pone de manifiesto la relación modificación de patrones de consumo-salud, es el de la alimentación y nutrición: comenzando por el incremento del consumo en bebidas alcohólicas, pasando por la sustitución del consumo tradicional de bebidas refrescantes—elaboradas a partir de frutas naturales, ricas en minerales y vitaminas y a menor costo—por los productos de las transnacionales de la industria de bebidas gaseosas, siguiendo con la sustitución del consumo de alimentos elaborados a partir de cultivos nativos tradicionales por otros elaborados con componentes importados y, por lo tanto, de mayor costo (por ejemplo, el incremento del consumo de pan elaborado a base de trigo en países de la Región productores de otro tipo de cereales como el maíz) y finalizando con el desarrollo de tecnologías para la preparación de los alimentos, cuya consecuencia ha sido la instalación de las transnacionales dedicadas a la elaboración de comidas rápidas—de alto contenido graso—y el incremento vertiginoso de su consumo en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe.

Las repercusiones de las modificaciones de patrones de consumo en alimentos y bebidas en los países en desarrollo tienen también efecto sobre la economía, bien se trate de la economía doméstica por el abandono de la tradición del huerto familiar como fuente de provisión de alimentos para los hogares o del impacto sobre el sector agrícola al disminuir la demanda interna de determinados rubros. El caso del consumo de bebidas alcohólicas, que ha aumentado por el incremento del comercio internacional de las mismas y por la ampliación de la demanda para los productos nacionales, tiene un doble impacto sobre la salud: por una parte, por su participación como agente etiológico o condicionante de patologías específicas; por la otra, por las externalidades negativas provocadas por los accidentes de tránsito asociados al consumo de alcohol.

85

Dada la primacía que alcanza la investigación clínica en los países desarrollados, el impacto mayor ocurre en el conocimiento e intercambio que se produce en este campo de la medicina, con lo cual se refuerza el papel de cenicienta de la salud pública.

La adopción de otros patrones de consumo distintos al ramo de alimentos y bebidas, también tiene repercusiones en la alimentación pues orienta el gasto, ya de por sí limitado para los grupos de menores recursos, hacia productos cuya adquisición responde a la satisfacción de otra necesidad básica, como es el caso del vestido y del calzado, pero es producto de la valoración social que la manipulación de la publicidad contribuye a conformar. Quizás el ejemplo más conocido sea la figura del joven o de la joven habitante de los cinturones de miseria de los países en desarrollo y de las zonas de vivienda en que habitan los grupos de menores recursos de los países desarrollados, miembros de hogares con restricciones importantes al acceso de alimentos, luciendo el último modelo de la marca deportiva de una de las transnacionales de este ramo de la industria.

Otro patrón de consumo que ha experimentado modificaciones es el relacionado con el tabaco: el incremento de su uso por mujeres y jóvenes está vinculado con las campañas publicitarias dirigidas especialmente a estos grupos de población que, en el caso de la mujer, se apoyan en los nuevos roles que ha venido asumiendo como consecuencia de los resultados de las luchas contra las desigualdades de género⁸⁶. Las repercusiones del crecimiento del consumo del tabaco en estos grupos poblacionales es un problema de salud que trasciende las fronteras de los países.

Las modificaciones de patrones vinculados al consumo también se expresan en el caso de los servicios y, específicamente en los de salud. Los cambios producidos están íntimamente vinculados a la diseminación de información que realizan los productores de los servicios de salud, en particular los médicos a través de la relación privilegiada que mantienen con el paciente y, además, por la matriz de opinión que conforman los medios de comunicación masivos en los países en desarrollo, en especial, la prensa y los programas informativos de televisión.

Los medios han convertido la crisis de la salud, presente en la mayoría de los países de la Región, en una crisis de los servicios centrada en los hospitales y causada por la insuficiencia de equipos, medicamentos y material médico-quirúrgico; sus voceros son, fundamentalmente, los médicos. Desde el lado de las políticas públicas, la respuesta ha reforzado esta matriz de opinión al orientar una parte fundamental del gasto público en salud al nivel terciario de atención. Los efectos de la campaña de los medios y el reforzamiento que producen las decisiones sobre la orientación del gasto en salud, contribuyen a la adopción de un patrón de consumo de servicios que demanda la utilización del hospital y del especialista ante cualquier patología, incluso generando el exabrupto de que sea el propio paciente

86 El caso del consumo del tabaco y el alcohol presenta diferencias entre los países desarrollados y los que están en vías de desarrollo; ellas obedecen a la naturaleza de las políticas públicas que adoptan los estados. En los Estados Unidos de América, como consecuencia de programas tales como el ASSIST y la difusión de información a la población sobre los peligros del tabaco, se viene produciendo una caída significativa del consumo.

quien solicita una determinada exploración diagnóstica: aquella que la diseminación de la información producida por el médico y por la red informal que se crea entre los usuarios ha popularizado como expresión del avance tecnológico.

A los cambios en los patrones de consumo, se suman los referidos a la urbanización. Ellos han contribuido de manera general al desarrollo de un estilo de vida más sedentario: el habitante de la ciudad se desplaza cotidianamente, aún para recorrer distancias cortas, en el automóvil o en medios de transporte masivo; por consiguiente, dedica cada vez menos tiempo a uno de los ejercicios físicos más universales que es el caminar. Este estilo de vida se refuerza en la actividad laboral, en el caso de aquellas actividades que requiere cada vez más de mano de obra que utiliza equipos electrónicos que concentran la atención en el trabajo como consecuencia del desarrollo tecnológico. Al estilo de vida sedentario, habría que agregarle el estrés que acompaña al habitante de los núcleos urbanos que, aunque asociado a múltiples factores, mantiene una relación directa con la inseguridad de empleo y con la propia inseguridad personal que acompaña a la ola de violencia presente en los núcleos urbanos.

Los efectos de la globalización en la dimensión cultural del proceso de desarrollo resultarían incompletos si no consideramos los cambios que ella ha producido en nuestro sistema de valores. Si bien es cierto que temas tales como la protección de la humanidad, de la naturaleza, de los derechos de la mujer, del niño, de las minorías y la democracia, gozan cada vez de mayor aceptación en los más distantes rincones del planeta; también, es cierto que otro tipo de valores que alcanzan una dimensión universal y que son antagónicos con las preocupaciones que vienen construyendo consenso: el individualismo y el consumismo resultan valores consustanciales a un mundo que gira en torno al mercado. En el caso del individualismo, su antinomia con valores tales como solidaridad, altruismo, equidad y generosidad es obvia; en el caso del consumismo de bienes, éste ha contribuido a la formación de hábitos que favorecen a la sustitución de los productos en detrimento de su mantenimiento y reparación. Estos hábitos influyen sobre aquellos comportamientos vinculados a la preservación o mantenimiento preventivo y restaurativo de los bienes de consumo y, también, de la salud.

Así como se constata un cambio en el sistema de valores, existe un proceso de conformación de un código moral de derechos comunes y responsabilidades compartidas en torno a lo que comienza a denominarse ética global⁸⁷. Entre ellos, puede mencionarse el derecho a una vida segura, al trato equitativo, a igual acceso a la información, a los bienes comunes de la humanidad, a la libertad, a la consideración del impacto de las acciones individuales sobre el bienestar de los demás, a la promoción de la equidad—incluyendo la equidad de género—y a la protección de los intereses de las futuras generaciones por alcanzar un desarrollo humano

sustentable. El cambio en el sistema de valores y en la ética plantea nuevos retos al proceso de desarrollo, en particular, al campo de la salud en el desarrollo que quizás sea una de las dimensiones de este proceso que menos atención ha recibido hasta el presente. Pueden exceptuarse de este descuido las decisiones adoptadas desde la aprobación de la orientación estratégica Salud en el Desarrollo, durante la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana, en lo que se refiere a la incorporación de temáticas nuevas al enfoque del proceso de desarrollo, como es el caso de la ética y la importancia que se le asigna a la situación de la mujer.

El impacto de la difusión de nuevos patrones de consumo y de urbanización, estilos de vida, valores, código moral de derechos comunes y responsabilidades compartidas y de los comportamientos propios de la ciudadanía que habita el mundo globalizado sobre la salud necesita ser mejor estudiado. Asimismo, debe ampliarse hasta abarcar el campo particular de las modificaciones experimentadas por los valores y las representaciones sociales acerca de la salud, la enfermedad y la muerte, tanto en la población general como en la de los prestadores de servicios de salud. No puede tomarse en cuenta únicamente el conocimiento que produce el sistema educativo sino, también, el del conjunto del sistema de generación del conocimiento, en el cual juega un rol significativo el de naturaleza informal que se ha beneficiado por igual del progreso técnico ocurrido en el área de la información.

En definitiva, se necesita conocer cómo ha evolucionado la cultura de la salud de la población general y de los productores de los servicios en el marco de la globalización, cómo se relacionan estos cambios con los ocurridos en la cultura ciudadana y cuál ha sido el impacto de la democratización presente en la Región sobre dicha cultura. Este conocimiento se hace imprescindible en razón del papel que juegan los comportamientos políticos y sociales, individuales o grupales, en la conformación de las políticas públicas, en este caso la políticas de salud, pues son comportamientos que constituyen una de las manifestaciones de la cultura de la salud como expresión particular de la cultura ciudadana.

3.5 Dimensión política del desarrollo y globalización en la relación salud y desarrollo humano

Tal como existe un conjunto de situaciones que no permanecen confinadas al territorio geográfico particular de un país en la dimensión social del desarrollo y la globalización, las decisiones para enfrentarlas no pertenecen al ámbito específico de un determinado Estado. Ello genera dos tipos de consecuencias, una sobre la naturaleza misma del Estado, sobre sus transformaciones, en especial sobre la redimensión de sus funciones, y otra sobre las instituciones pertenecientes a la sociedad civil o al sistema internacional que, junto a los estados, han de intervenir en el análisis de esas situaciones, en el aporte de soluciones y, en algunos casos, en la

toma de decisiones que comprometen a las naciones. En sentido estricto, no es posible atribuir esas consecuencias sólo a las situaciones vinculadas a la dimensión social: ellas son también el resultado de los cambios producidos en las otras dimensiones del proceso de desarrollo y de las sinergias que entre aquellas y éstos se producen. El resultado final es que dichos estados e instituciones deben actuar en un mundo en el cual se ha incrementado y ampliado la interdependencia entre los procesos de desarrollo.

Si se examina la repercusión de ambas consecuencias sobre el proceso de desarrollo y sobre la salud y el desarrollo humano en particular, se puede señalar el significado político que se deriva del incremento y ampliación de la interdependencia de los procesos de desarrollo, traducido en que algunos de los factores macrodeterminantes y condicionantes de la salud se encuentran bajo el influjo de las nuevas características que acompañan a esta interdependencia. Por ejemplo, los recursos naturales de que dispone una sociedad pueden depender de decisiones adoptadas en instancias supranacionales, como es el caso del debate sobre la biodiversidad que confronta a los países del norte con los países del sur; el crecimiento económico de una nación ya no depende únicamente de lo que ocurre en el interior de sus fronteras: los nuevos patrones de consumo, de urbanización, estilos de vida y valores en general no responden al patrimonio histórico y cultural de una determinada sociedad. Ante la magnitud y dimensión de problemas de esta naturaleza, se ponen en evidencia las limitaciones que confronta el Estado-nación en el cumplimiento de sus funciones: las decisiones de políticas públicas que adopta se revelan insuficientes pues estos problemas exigen soluciones de carácter global.

A pesar de esta realidad, el Estado-nación sigue estando presente en la representación social de sus habitantes como la instancia responsable de dar respuesta a la problemática que los afecta, despojándola del manto globalizador. Con ello, se revela otro de los efectos de la globalización sobre la dimensión política del proceso del desarrollo: la incorporación de un nuevo factor al debate sobre gobernabilidad de los sistemas políticos. Al mismo tiempo, los estados deben redimensionar las funciones que venían cumpliendo antes de la globalización, en particular, la que atañe a la función reguladora. Como el redimensionamiento de estas funciones no puede hacerse ignorando el carácter histórico de las naciones y de sus estados, allí radica parte de la diferencia de lo que ha ocurrido en los procesos de reforma del Estado en los países de la Región.

Los estados de los países en desarrollo, aunque transitaban el período de agotamiento del Estado populista vigente desde antes de la internacionalización del capital, se reforman sobre la impronta que en él dejan las manifestaciones económicas, sociales, culturales y políticas de este tipo particular de Estado y de sus gobiernos. Entre esas manifestaciones, se destaca el carácter promotor e intervencionista que reafirmaba su papel ante la sociedad civil y el mercado, un Estado que crecía como consecuencia de la demanda de crear nuevas maquinarias

político-administrativas, guiado por la lógica de legitimarse primero ante los militantes de los partidos políticos que conformaban las bases de sus gobiernos, para lo cual el sector salud y el sector educativo aportaron la mayor contribución; un Estado que difundía los valores e intereses de la cultura ciudadana predominante en el período de auge del populismo; un Estado ineficaz para establecer el control y regulación sobre su propio espacio geográfico y percibido, al mismo tiempo, como un instrumento al servicio de intereses particulares y, por lo tanto, reñido con el bien común.

En el campo de la salud, el incipiente desarrollo de esta función reguladora se manifiesta por la limitada capacidad de respuesta del aparato institucional del Estado. Hasta el presente, el énfasis ha estado colocado en los alimentos, medicamentos y productos biológicos mientras que la regulación y control sobre los materiales médico-quirúrgicos y equipos es prácticamente inexistente. Ello explica, por ejemplo, la adquisición de tecnología médica por parte de países en desarrollo cuyo uso, o continuidad en su utilización, ha sido rechazado por organismos de regulación y control de países desarrollados. En la práctica, el único mecanismo de regulación y control para el subsector público y privado es la capacidad de acceso financiero a los mercados de proveedores de estos bienes.

La ausencia o insuficiencia de regulación y control sobre los materiales médico-quirúrgicos y equipos tiene repercusión no sólo sobre la calidad de la prestación de los servicios sino, también, sobre su consumo y sobre la inversión pública en salud. Por ejemplo, la importación indiscriminada de equipos de imaginología por parte del subsector privado de los países en desarrollo ha generado una oferta de estos servicios que no se corresponde con una demanda basada en su costo/efectividad, lo cual abre las puertas al desarrollo de mecanismos perversos para contrarrestar la capacidad ociosa de estos equipos; también, en algunos países, existen presiones por parte de los compradores de esta tecnología sobre sus gobiernos, a los cuales se les reclama intervenir para enfrentar la crisis financiera de sus empresas de salud por considerar que ella está causada por los efectos de las políticas monetarias sobre las deudas en divisas que mantienen con sus proveedores.

Esta debilidad reguladora tiene que ver también con otro aspecto de la calidad de los servicios, distinta a la adquisición de los bienes que se utilizan en su producción: la regulación y control de la prestación misma. A ella deben atribuirse las consecuencias para la salud de los usuarios cuando se realizan exploraciones clínicas que arrojan resultados no confiables debido al mal estado de los equipos o reactivos, o de la iatrogenia que se le causa a los pacientes como consecuencia de la falta de calibración de equipos con finalidades terapéuticas, uno de cuyos ejemplos más evidentes es la producida por la exposición incontrolada a la radioterapia.

Los efectos de la debilidad reguladora también se expresan en la política internacional de los estados de los países en desarrollo que se encuentran en franca

desventaja en su capacidad de negociación con los países desarrollados, en el marco de los procesos de apertura comercial e integración regional y en lo que respecta a la producción y comercialización de bienes y servicios de salud, debido a su falta de competencia técnica en el área de regulación y control. También, las manifestaciones de tales debilidades sobre las condiciones de trabajo y el ambiente que tienen repercusiones sobre la salud representan un buen ejemplo de la sinergia que se produce entre la dimensión social y política de este proceso. Sin embargo, así como se examinan las debilidades heredadas del Estado populista, sobre las cuales han de redimensionarse las funciones que la globalización le exige al Estado actual, deben tomarse en cuenta las realizaciones de ese mismo Estado que pueden ser consideradas fortalezas sobre las cuales ha de apoyarse el proceso de desarrollo humano sostenido⁸⁸, proceso que construirá su viabilidad en la medida en que haga uso de las oportunidades que le proporciona la globalización y sea capaz, al mismo tiempo, de sobreponerse a los efectos negativos y riesgos que la acompañan.

La globalización no ha repercutido únicamente sobre el régimen político; también, ha producido cambios en la sociedad civil relacionados con la ampliación del consenso en torno a la democracia como sistema de gobierno y a las nuevas relaciones que se establecen entre ella y el Estado; en especial, las que se crean a partir de la transferencia o delegación de competencias de funciones que hasta el presente venían siendo ejercidas por aquel y apoyada en la contribución de los avances tecnológicos en el área de la computación y de la telemática. Estos cambios se expresan tanto en el tipo de las organizaciones que la conforman como en la naturaleza y actividades que desempeñan: los partidos políticos, los sindicatos, las ligas campesinas y los gremios ya dejaron de ser el único rostro de la sociedad civil. Este rostro se ha transformado con la incorporación de otros actores: los nuevos movimientos sociales entre los que se destacan las organizaciones no gubernamentales (ONG).

Si bien todas las organizaciones integrantes de la sociedad civil son beneficiarias potenciales de la socialización del conocimiento y del intercambio de relaciones que el desarrollo de la tecnología de la información permite, la realidad es que las que más han aprovechado estas potencialidades han sido las ONG, entre las que se destacan: las organizaciones de mujeres, ecológicas, de defensa de los derechos humanos y los derechos del niño, de defensa de las minorías y de los consumidores y aquellas cuya naturaleza y actividades están confinadas al sector salud, bien sea para proveer servicios o para defender el derecho a la salud de pacientes que padecen de una patología específica. Estas organizaciones han adoptado una nueva forma de organización social: la estructura de redes a través de las cuales se articulan en el interior del país y con aquellas organizaciones similares que se desempeñan en el mismo ámbito a nivel internacional. Una situación

88 Entre los logros del Estado populista, L. Tomassini considera un listado que incluye haber iniciado los procesos de desarrollo de los países latinoamericanos, haber proporcionado servicios de salud y educación para los grupos de menores recursos y haber generado instituciones. Véase: Tomassini L. *Ibidem*.

particular en lo que respecta a su crecimiento y expansión es la de las ONG prestadoras de servicios de salud. Tal situación es atribuible, fundamentalmente, a los efectos de la redimensión de las funciones del Estado en materia de prestación de servicios que viene ocurriendo en el marco de modelos de desarrollo basados en economías de mercados.

Los efectos de la globalización sobre la sociedad civil nacional guardan relación con las desigualdades y asincronías que han experimentado los procesos de desarrollo en la región. En aquellos países donde por razones históricas ha existido una sociedad civil fuerte, existen mejores condiciones para que las organizaciones que la conforman puedan crecer, expandirse y aumentar el ámbito de su competencia así como acceder a la base técnica que los avances tecnológicos permiten. En el caso de los países en desarrollo, la omnipresencia del Estado populista en todas las actividades y en todos los rincones de la sociedad frenó la aparición y crecimiento de aquella parte de la sociedad civil distinta a los partidos políticos, gremios y sindicatos. Esta situación ha sido uno de los obstáculos que han dificultado el fortalecimiento de la sociedad civil en la mayoría de los países de la Región. En lo que respecta a las instituciones que deben intervenir conjuntamente con los estados en las situaciones de interés global, debe establecerse una distinción entre las instituciones pertenecientes al sistema intergubernamental y las que conforman la sociedad civil global. Las primeras han visto ampliados sus campos de acción e intervención como en el caso de las agencias multilaterales a consecuencia del carácter mundializado de determinados problemas; las segundas, que en su mayoría son producto del impacto organizacional que las nuevas tecnologías generan, constituyen las respuestas a esos problemas de naturaleza global desde el lado de la sociedad civil.

La nueva situación internacional coloca al sistema intergubernamental en la encrucijada de tener que responder a los problemas de naturaleza global y, al mismo tiempo, atender a las posiciones de los países que consideran afectados sus intereses particulares cuando estas situaciones implican sacrificios mayores que otros. Lo ocurrido con las decisiones en torno a la protección de la capa de ozono, la prohibición del uso de clorofluorocarburos, los cambios climáticos ocurridos como consecuencia del efecto invernadero o los ocurridos a propósito de los esfuerzos para la preservación de la fauna y flora, representan un buen ejemplo de enfrentamientos producidos por estas situaciones⁸⁹. Paralelamente, debe responder a las exigencias de la sociedad civil global, cuyas organizaciones ocupan un rol significativo entre los nuevos actores que participan en la solución de los problemas de naturaleza supranacional.

Todo ello ocurre en el marco de la debilidad generada por la cultura organizacional, presente en organizaciones que fueron creadas para objetivos distintos a los

que resultan de la ampliación de los campos de acción e intervención que demanda la globalización. Las agencias especializadas, sus organismos regionales, los programas y los fondos de las Naciones Unidas, no escapan a esta situación. La misma se hace más compleja en el campo de la salud debido a la proliferación de instituciones y actores que participan en actividades de cooperación técnica en el sector, al mejoramiento de la capacidad técnica de los países y, en especial, al incremento de las tendencias hacia la integración de las distintas modalidades de cooperación que acompaña al proceso de globalización, cuya expresión más manifiesta es la asociación entre cooperación técnica y financiera. En el caso de los organismos pertenecientes al sistema intergubernamental cuyos ámbitos de acción están incluidos en el territorio de salud en el desarrollo, ya no se puede seguir considerando únicamente a la Organización Mundial de la Salud (OMS), a sus oficinas regionales, a la OPS en la Región de las Américas y a UNICEF. Es necesario incluir en este grupo, entre otros, al PNUD, la FAO y la UNESCO, así como a los organismos de cooperación bilateral e instituciones financieras multilaterales que han venido canalizando, en forma creciente, recursos técnicos y financieros hacia la salud.

Las organizaciones internacionales de salud han de responder a los retos que plantea la nueva situación internacional. En el caso de la Región, deben jugar un papel más proactivo en la cooperación técnica para el ejercicio de la función reguladora con el propósito de prevenir a los consumidores de salud sobre los efectos deletéreos que puede causar un incremento incontrolado del comercio de bienes y servicios de salud. Tal papel debe ser representado también en

...la coordinación internacional para el control de la transferencia de riesgos para la salud, la construcción de consensos alrededor de prioridades programáticas, la coordinación de esfuerzos de investigación y desarrollo tecnológico, el diseño de sistemas de información para facilitar la elaboración de políticas de salud—tanto a nivel nacional como global—la acumulación de conocimiento sobre el costo y la efectividad de las tecnologías e intervenciones médicas, la creación de un ambiente de aprendizaje compartido alrededor de las experiencias de reforma de los sistemas nacionales de salud⁹⁰.

4 SALUD Y DESARROLLO HUMANO EN EL CONTEXTO REGIONAL

4.1 Principales retos y desarrollos

El combate de las inequidades en salud responde a dos imperativos: por un lado, el acceso a la salud es un derecho humano fundamental y, por el otro, los efectos de las inequidades en salud constituyen uno de los mayores obstáculos al desarrollo humano sostenible pues impide la formación del capital humano y la incorporación óptima de la población al proceso productivo. La Región de las Américas se caracteriza por presentar la mayor inequidad en la distribución de la riqueza, fenómeno que resulta un factor determinante en la presencia de oportunidades diferenciales en el estado de salud por grupos de población.

En este fin de siglo, los procesos de desarrollo ocurren en un contexto caracterizado por profundos cambios en distintas dimensiones, con elementos comunes en la mayoría de los países que incluyen el avance del proceso de globalización, la transformación que ha experimentado el sistema internacional, la democratización política, la creciente participación social, la formación de mercados comunes subregionales, la presencia cada vez más numerosa de la mujer en las actividades de la vida política, social y económica, la expansión del alcance y el número y variedad de los vehículos de comunicación social, el surgimiento y difusión de un nuevo paradigma tecnológico, las facilidades para el acceso internacional a la información técnica y científica, la tendencia decreciente de la mortalidad y el envejecimiento creciente de la población, la urbanización y las migraciones internas y externas, la contaminación ambiental, el crecimiento proporcional de las enfermedades crónicas asociadas a determinadas condiciones y estilos de vida, la persistencia de grandes bolsones de pobreza, el desempleo y la informalización del trabajo, la agudización de las brechas sociales, la transformación de los valores tradicionales, el debilitamiento de la soberanía del Estado nacional y la redefinición de las funciones del Estado en la sociedad.

En relación a los servicios de salud, se constata el aumento permanente de la atención médica en el gasto público y privado y, al mismo tiempo, se observa la participación cada vez más importante de proveedores privados de servicios de salud, con diferentes esquemas de financiamiento y de organización. En la mayoría de los países, están en marcha procesos de reforma del sector salud que tienen como propósito general mejorar el estado de salud de toda la población a través de reformas en los modelos de ejercicio de las funciones de conducción y la organización, así como provisión y financiamiento de los servicios con base en la

redefinición de los papeles del gobierno central y los gobiernos regionales y locales en la gestión de los mismos, entre otros. En el contexto de la descentralización de los servicios, la democratización y la participación comunitaria, se abren nuevos espacios de prácticas políticas locales en los que se posibilitan respuestas más equitativas y eficientes para los problemas de salud poblacionales e individuales.

Con respecto a los procesos de toma de decisión política y de gestión administrativa en salud, la falta de incorporación del conocimiento ya establecido en beneficio de toda la población, incluyendo los resultados de la investigación en salud en la formulación y evaluación de las políticas públicas, debe registrarse como un gran fracaso de los países de América Latina y el Caribe: se requiere que los países traten de definir políticas de salud cuyas metas se formulen en términos de indicadores de salud y de calidad de vida, pues no resulta suficiente la definición de políticas de servicios en términos de oferta de servicios y movilización de recursos. El objetivo de tales políticas debe ser el logro de un efecto mensurable en la salud de una población determinada, además de satisfacer la demanda espontánea de las personas; políticas implementadas a través procesos de planificación basados sobre datos fiables y pertinentes de la situación de salud y prioridades definidas según criterios entre los que resulta de fundamental importancia la disponibilidad de estrategias de intervención y su enlace coherente con las estrategias de organización de los servicios.

Para intervenir adecuadamente en los ámbitos de acción y decisión antes señalados, se deben identificar los cambios socioeconómicos, culturales y políticos que se producen en la Región y medir su incidencia en la búsqueda de la equidad en salud. Esto presenta una serie de retos que deben enfrentarse en el campo de la cooperación técnica aumentando la capacidad de formulación teórica y de análisis sobre los siguientes temas:

Equidad en salud

Se debe contribuir al desarrollo de la medición de la incidencia que tienen las fuerzas del mercado sobre la equidad en salud y al desarrollo del análisis del impacto de los programas de ajuste estructural, los procesos de globalización/integración y la privatización de las acciones de salud, entre otros factores determinantes.

Contribución de la salud al crecimiento y a la reducción de la pobreza

Se requiere investigar y documentar en forma sistemática la necesidad de la inversión en salud para la formación del capital humano, la actividad económica y el desarrollo de su potencial como mecanismo redistribuido de ingreso.

Participación social y política en salud

Se requiere establecer las configuraciones y relaciones institucionales de formulación y análisis de políticas que permitan alcanzar un equilibrio adecuado entre la participación de la colectividad y el carácter técnico y estratégico de dichas políticas, enfocando el sistema de salud como espacio para el ejercicio de la ciudadanía y el fortalecimiento de los mecanismos de concertación y participación política.

Conocimiento y práctica de la salud pública

Se debe reivindicar el carácter esencialmente político y axiológico de la disciplina, tratando de superar el determinismo biologicista con un enfoque más integral que incluya los aspectos económicos, políticos y sociales arriba mencionados y que permita resolver las siguientes situaciones:

- Limitaciones temáticas, conceptuales, metodológicas, organizacionales y financieras de la investigación en salud, que dificultan la profundización del conocimiento sobre la compleja situación de salud de la Región y sus determinantes;
- Carencia de políticas nacionales e institucionales que orienten la producción de conocimientos y tecnologías, que impide responder a las necesidades de salud de los diversos grupos sociales de acuerdo a sus particularidades y valores;

Diseminación precaria del conocimiento, que limita su utilización en el proceso de definición de política de salud y refuerza la exclusión de la grupos sociales de ese proceso.

4.2 Ejes estratégicos para la cooperación global de la División de Salud y Desarrollo Humano (HDP)

La propuesta para la discusión de las áreas y líneas generales de acción para las OEP para el período 1999-2002 que se presenta, resulta de la reelaboración que se realiza al emplear el marco de referencia: *salud en el desarrollo humano en el contexto de la nueva situación internacional*. Las líneas generales de acción desarrolladas por el conjunto de recursos humanos, técnicos y programáticos de HDP, proporcionan los ejes estratégicos para el desarrollo de los programas específicos de cooperación técnica que impulsa cada una de las unidades técnicas a nivel regional y nacional.

4.2.1 Medición y monitoreo de la equidad en salud

Retos principales

Producción y diseminación de información sobre las brechas existentes en atención y situación de salud entre los países y al interior de los mismo, para orientar el proceso de toma de decisiones y formulación de políticas y programas nacionales;

Identificación, documentación y difusión de información y conocimiento sobre la vinculación entre las brechas en salud existentes y los procesos de desarrollo que ocurren en el contexto de la globalización, para orientar la toma de decisiones sobre políticas de salud y bienestar que promuevan equidad en salud.

Desarrollos actuales

Las capacidades para establecer sistemas eficaces y eficiente de información y análisis sobre los determinantes de la necesidades de salud puede contribuir a una definición más precisa de las prioridades a adoptar y a un mejor desempeño en la programación, evaluación y monitoreo de los programas de salud;

Los modelos explicativos basados en la categoría reproducción social, que dan cuenta de la dimensión de los procesos predominantemente biológicos o ecológicos y, también, de las dimensiones económicas, sociales, culturales y políticas de los procesos de desarrollo, globalización y de salud, pueden utilizarse para medir el comportamiento de las diversas expresiones de inequidad en las situaciones de salud;

La perspectiva de género que da cuenta de la relación entre los roles de género que desempeñan los hombres y las mujeres y las dimensiones económicas, sociales, culturales y políticas de estos procesos, así como del impacto y las modificaciones que en ellos produce la globalización en lo que se refiere al rol productivo y al reproductivo permite examinar la problemática que afecta a las mujeres en los procesos de desarrollo.

Soluciones previstas e influencia en la cooperación técnica

Incrementar la calidad y disponibilidad de información y conocimiento sobre inequidades en salud y sus relaciones con el crecimiento económico y con el desarrollo humano;

Contribuir a la definición de aspectos conceptuales relacionados con las inequidades en salud y al desarrollo de los instrumentos metodológicos para su medición y monitoreo, a nivel nacional y regional;

Desarrollar la capacidad analítica de los recursos humanos en salud sobre la situación de salud y las condiciones de vida de los diferentes sectores de la población, las inequidades sociales—en particular, las de salud—y sus relaciones con el desarrollo humano;

Desarrollar índices que formen parte de los futuros indicadores sobre equidad en salud para expresar la estrecha relación que existe entre salud y economía;

Desarrollar vínculos de comunicación entre los productores de información y conocimiento sobre inequidades sociales—en particular las de salud—y sus relaciones con el desarrollo humano y los responsables de la adopción de decisiones que repercuten sobre las condiciones de vida y la situación de salud;

Apoyar la formación de redes intersectoriales locales, nacionales, sub-regionales y regionales, que contribuyan a la definición de políticas, elaboración de planes, proyectos y programas orientados a superar las brechas en salud;

Apoyar estudios e investigaciones sobre perfiles de salud de los grupos poblacionales postergados, con el propósito de orientar las intervenciones en salud con criterios basados en el impacto que éstas producen sobre las inequidades sociales y, en particular, las de salud.

4.2.2 Salud, pobreza y crecimiento económico

La inclusión de este eje responde al propósito de desarrollar y fortalecer la capacidad nacional y regional para analizar y monitorear la situación de salud y las relaciones recíprocas entre salud, crecimiento económico y equidad socioeconómica en el contexto del proceso de globalización. Ello permitirá que, como resultado del diálogo entre las autoridades del sector social, el sector salud y el sector económico, sea posible establecer la relación entre crecimiento económico, salud y desarrollo humano y así disminuir el impacto negativo de las políticas macroeconómicas sobre las condiciones de vida de la población y sobre la situación de salud.

Retos principales

Creación de un sistema de indicadores para el monitoreo de la salud en relación al crecimiento económico, el empleo, la distribución del ingreso y otros factores relacionados;

Análisis del impacto de las políticas macroeconómicas de desarrollo y de los modelos de financiamiento en salud sobre la equidad;

Aplicación del enfoque de género como instrumento para el análisis de las políticas públicas y de salud y el desarrollo económico.

Desarrollo actuales

El crecimiento económico experimentado por las economías de la Región ha tenido comportamientos diferentes en los distintos países; en particular, se observan diferencias en el incremento de las tasas de desempleo que ha venido afectando a los países desde finales de la década de 1980;

Además de la disminución del empleo, el crecimiento económico ha estado acompañado de un incremento de la ocupación en el sector informal y de un estancamiento o caída del salario real; en el caso de este último, los salarios reales se han incrementado en relación con los montos registrados en 1981 solamente en cinco países de América Latina y el Caribe⁹¹;

La expresión de los factores de naturaleza económica en el incremento de las desigualdades en la distribución del ingreso entre países y en el interior de éstos—situación que afecta a todo el Continente⁹²—y el impacto de estos factores sobre las condiciones de vida y situación de salud de la población;

La primacía del mercado que acompaña a la globalización, obliga a extender el enfoque acerca de la relación salud-crecimiento económico a la esfera de la circulación y el consumo de bienes y servicios: la ejecución de la mayor parte de los recursos financieros públicos destinados al sector, distintos a los gastos de personal, para la adquisición de equipos, materiales y medicamentos en función de las necesidades de un mercado internacional de bienes y servicios y no de las necesidades prioritarias que demandan las situaciones de salud de los países de la región, está ampliando las inequidades en salud porque el gasto se concentra en las instituciones hospitalarias y profundiza la brecha entre grupos poblacionales urbanos y rurales y, además, porque se refuerza el

91 Banco Interamericano de Desarrollo. *Progreso económico y social en América Latina: informe 1996; cómo organizar con éxito los servicios sociales*. Washington, DC: BID; 1996.

92 Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). *Informe sobre desarrollo humano 1996*. Madrid: Mundi-Prensa Libros; 1996.

círculo vicioso que privilegia las acciones curativas en detrimento de las de prevención y promoción de salud;

El proceso de globalización destaca el crecimiento de la inversión en salud; en especial, el crecimiento que acompaña a la nueva organización de los procesos de producción de equipos y bienes del complejo industrial de salud, a las nuevas localizaciones de estos procesos, a los montos de las inversiones realizadas, a las contribuciones de este tipo de producción al producto interno bruto, a las consecuencias que estas localizaciones e inversiones generan en la adquisición de tecnología en salud y a los efectos que producen sobre la cultura de la salud;

Los procesos de integración subregional y regional, que han sido considerados sólo como fuente de posibilidades para acelerar el avance hacia el logro de los objetivos del sector salud, crean oportunidades y riesgos:

- Entre las oportunidades, se destaca la armonización de normas sanitarias y fitosanitarias basada en la adopción de los patrones utilizados por los países industrializados que ayudarían a mejorar las condiciones de salubridad de los países participantes en estos procesos;
- Entre los riesgos, puede citarse como el más importante a la adopción de niveles superiores de reglamentación y de normas para el comercio que no se acompañe de programas de cooperación financiera y técnica a los países que resultarán afectados económicamente por estas decisiones, pues sus economías o algunos de sus sectores quedarían excluidos, con lo que se ampliarían las brechas sociales y la pobreza;
- Otros riesgos adicionales se relacionan con los efectos de la globalización que trascienden la dimensión económica del desarrollo y se manifiestan desde los debates previos a la firma de acuerdos y otras figuras jurídicas, hasta su implementación, poniendo en evidencia la primacía de acciones destinadas a la integración de las economías y, más específicamente, de los mercados.

Soluciones previstas e influencia en la cooperación técnica

Desarrollar un sistema de indicadores para el análisis y monitoreo que permita fortalecer el conocimiento acumulado en relación a salud, pobreza, crecimiento económico y desarrollo humano;

Mejorar el conocimiento del impacto de las políticas estructurales, macroeconómicas y sociales sobre las condiciones de vida y la situación de salud de la población de la Región y contribuir al uso de esta información,

tanto en el interior tradicional del sector como en los gabinetes sociales, económicos, consejos de ministros y jefes de Estado;

Desarrollar capacidades para utilizar la perspectiva de género como instrumento para analizar los impactos de la globalización en las dimensiones del proceso de desarrollo y en las políticas estructurales, macroeconómicas y sociales, con especial énfasis en sus relaciones con la salud;

Contribuir a generar conocimiento acerca de la magnitud de las transacciones internacionales de capitales, bienes y servicios de salud que se realizan en la Región y su impacto en el gasto público y privado en salud;

Promover la participación de los ministerios de salud, agricultura, ambiente, familia, trabajo y desarrollo social, en la discusión de los temas que las cancillerías, los ministerios de economía y comercio exterior han incorporado en las agendas sobre los procesos subregionales y regionales de integración;

Promover espacios para la discusión y análisis de los temas que necesitan ser abordados en las agendas que examinan los procesos subregionales y regionales de integración, con la participación de los agentes económicos y sociales que actúan dentro y fuera del sector, para superar la visión que los confina al campo de la integración comercial y económica;

Apoyar la incorporación del tema de la salud en el desarrollo humano en las agendas de las cumbres presidenciales y en las de los organismos creados como resultado de los procesos de integración realizados hasta el presente.

4.2.3 Fortalecimiento de la participación social y política en salud

La inclusión de este eje responde al propósito de aumentar la participación de los principales actores sociales y políticos en el interior del sector, en otros sectores del Estado y de la sociedad civil, en la valoración del tema salud en las agendas políticas locales, subnacionales, nacionales, subregionales y regionales, así como en la definición de políticas de salud.

Retos principales

Estímulo a la formación de foros para la incorporación de la salud en los procesos de integración regional y subregional, con la participación de los sectores de la sociedad civil y del Estado;

Desarrollo de redes parlamentarias regionales y subregionales dedicadas al tema de la salud y el desarrollo humano;

Aumento de las capacidades nacionales de coordinación intersectorial y de la articulación de los sectores públicos y privados en torno a temas prioritarios de salud;

Promoción de redes intersectoriales para reducir brechas en salud, sobre todo, en materia de género, grupos étnicos, grupos etarios y nivel socioeconómico;

Promoción de la salud en las cumbres regionales y subregionales;

Desarrollo y aplicación de instrumentos para la protección de los derechos humanos en salud.

Desarrollos actuales

El fortalecimiento de la participación social y política de la más amplia gama de actores que actúan en el interior del sistema político en la formulación de políticas, planes y programas de salud en el marco de la promoción de proyectos nacionales de desarrollo humano, tiende a plantear cambios que no sólo afectan a la organización de la economía sino, también, al Estado y a la sociedad;

El reconocimiento, en los niveles nacionales y supranacionales de decisión política, de que el éxito de estos proyectos nacionales depende no sólo de la viabilidad que le proporciona el crecimiento económico sino de la viabilidad política obtenida a partir de la conformación de consensos por parte de todos los actores sociales. Dado el carácter interdependiente que caracteriza a la globalización, debe tenerse presente que los actores subregionales y regionales juegan un rol cada vez más importante en la construcción de estos consensos;

La toma de decisiones sobre políticas de salud y bienestar pasa a ser una acción política del Estado donde participan, además de los ministerios de salud, otros ministerios como los de agricultura, trabajo, ambiente, familia y desarrollo social. La responsabilidad compartida permite una interacción fluida y ágil entre productores y usuarios de la información sobre brechas e inequidades sociales, previéndose una tendencia hacia el fortalecimiento de la participación social.

Los valores, patrones de consumo, de urbanización, estilos de vida y representaciones sociales asumidos de manera individual o pertenecientes a las distintas agrupaciones sociales que conforman la sociedad, en particular los relacionadas con la salud, la enfermedad y la muerte, se ven afectados por los producidos por la globalización y se expresan en la cultura de la salud a

través de las formas de comportamiento individual y las demandas de los actores sociales ante las políticas de salud;

La ampliación de las brechas entre las condiciones de vida de grandes grupos de población de los países de la Región que, aunque no estén expresadas en demandas crecientes por parte de la ciudadanía, dificultan la acción y la capacidad de gobernar de los sistemas políticos, revelando un grado de insatisfacción que pudiera conducir a una crisis de gobernabilidad que interrumpa los avances democratizadores alcanzados;

El papel del sector salud en las dos fuentes de gobernabilidad—el Estado y la sociedad—necesita ser mejor conocido. La pérdida de credibilidad que afecta a actores sociales que en el pasado cumplieron un rol fundamental en el fortalecimiento de la democracia, el alto índice de rotación de las autoridades de salud y la interrupción de los servicios públicos de salud críticos para la preservación de la vida humana como consecuencia de conflictos por reclamos de mejores salarios, pueden convertirse en puntos de partida para conocer el papel que desempeña la salud como valor y sus instituciones en relación a la gobernabilidad del sistema político;

La globalización ha ampliado el campo de actividades de la bioética al extenderlo al comportamiento de las organizaciones sociales, de los derechos comunes y de las responsabilidades compartidas, aceptados por igual por todos aquellos comprometidos en los asuntos de interés colectivo. La ética de las decisiones y de las intervenciones que atañen a la vida sale así del espacio cerrado de la producción y aplicación del conocimiento científico técnico en general y del área de salud en particular;

El tema de la equidad pasa a ocupar un rol privilegiado, tanto en lo que respecta a la equidad de acceso como a la responsabilidad en la promoción de la lucha contra otras inequidades; entre ellas, deben jerarquizarse las inequidades de género.

Soluciones previstas e influencia en la cooperación técnica

Promover la participación de los actores sociales y políticos en la elaboración de proyectos nacionales de desarrollo humano que integren las políticas económicas y sociales a una estrategia cuyo propósito común es el bienestar de la población;

Fortalecer la capacidad de las instituciones legislativas en la elaboración de leyes que permitan el ejercicio efectivo de la participación de los actores sociales y políticos en la formulación de políticas, planes y programas de salud;

Asignar particular importancia a los cambios que la globalización ha producido en la cultura de la salud y, en particular, al impacto que ellos han producido en las demandas de salud de los actores sociales y en los apoyos o rechazos de estos hacia las políticas de salud;

Identificar a los actores sociales y políticos que juegan un papel relevante en la gobernabilidad del sector salud desde el interior del Estado y de la sociedad y promover su participación en el debate sobre los asuntos de naturaleza ética presentes en la temática de la salud en el desarrollo humano.

Reposicionar el rol de la promoción de la salud como herramienta de empoderamiento esencial que permitirá medir niveles de responsabilidad, compromiso y participación social de las poblaciones; especialmente, de aquellos grupos de mayor riesgo, marginados del acceso a los procesos sanitarios en su globalidad.

4.2.4 Conocimiento y acción en salud pública

La inclusión de este eje responde al propósito de producir, diseminar y utilizar el conocimiento y la práctica de la salud pública sobre la promoción, el cuidado y la recuperación de la salud para contribuir al desarrollo humano sostenible.

Retos principales

Mejoramiento de la producción, diseminación y utilización del conocimiento en la práctica de la salud pública y el desarrollo humano sostenible;

Investigación sobre perfiles de salud de los subgrupos de población;

Enfoques metodológicos novedosos de investigación en salud;

Capacitación de recursos humanos en la producción y utilización del conocimiento para la acción en salud pública;

Políticas de investigación y desarrollo tecnológico;

Diseminación del conocimiento y la información en apoyo a la acción en salud pública.

Desarrollos actuales

El desarrollo científico tecnológico que acompaña al proceso de globalización ha contribuido al crecimiento de la actividad investigativa en el campo de la salud. El área de la investigación clínica ha resultado privilegiada en detrimento del tipo de investigación que produciría un impacto mayor sobre la salud pública: esta tendencia, que afecta por igual a países en desarrollo y a países desarrollados, necesita ser modificada;

Los proyectos nacionales de desarrollo humano representan una oportunidad valiosa para redefinir el rol que le corresponde a la ciencia y la tecnología en el desarrollo, en especial, su contribución a la elaboración de las respuestas sociales que los habitantes de la Región demandan según lo muestran los perfiles de necesidades y riesgos. Esto significa prestar atención, entre otros, a la ampliación de las brechas en investigación y tecnología que la globalización ha venido produciendo. Las definiciones adoptadas por los países desarrollados, al considerar que su potencial científico y tecnológico es una de sus fortalezas para continuar avanzando en el crecimiento de sus economías, agrava esta situación;

Los avances tecnológicos en el área de la computación y de la telemática y su impacto sobre la tecnología de la información contribuirán al desarrollo de un nuevo paradigma para la epidemiología: no se trata sólo de recopilar y tener acceso a la información, se trata también de rescatar, depurar y producirla para poder relevar la relación entre condiciones de vida y situación de salud. Para cumplir este propósito, las bases de datos sobre salud necesitan ser ampliadas hasta incorporar información sobre todas las dimensiones del proceso de reproducción social; asimismo, las fuentes de información no pueden continuar estando limitadas a los registros: se impone la utilización de otras técnicas y métodos entre los que resultan imprescindibles las encuestas y las técnicas participativas.

Soluciones previstas e influencia en la cooperación técnica

Contribuir a nuevos desarrollos conceptuales y metodológicos de la investigación en salud;

Contribuir a la formación y capacitación de recursos humanos involucrados en la producción de conocimientos y en la ejecución de acciones de salud pública;

Apoyar la definición de políticas nacionales e institucionales de investigación y tecnología en salud que permitan el desarrollo de los conocimientos y tecnologías necesarias para la ejecución de acciones eficaces de salud pública;

Desarrollar mecanismos de difusión de conocimiento e información científico técnica que alcancen a los diversos actores involucrados en la formulación de políticas y en la ejecución de actividades de salud.

5 PRIORIDADES PROGRAMÁTICAS PARA LA COOPERACIÓN DE LAS UNIDADES TÉCNICAS DE LA DIVISIÓN DE SALUD Y DESARROLLO HUMANO

5.1 Evaluación de la situación de salud y sus tendencias

5.1.1 Áreas técnicas

Evaluación del estado de salud y sus determinantes

Apoyo a la definición prioridades, políticas y estrategias

Evaluación de la repercusión de las políticas e intervenciones

Promoción de la disponibilidad, calidad y oportunidad datos apropiados y su utilización

5.1.2 Retos principales

Fortalecer la capacidad de los servicios públicos de salud en los países y del Secretariado para analizar y evaluar el estado y las tendencias de salud de la población, con el fin de que dichos actores demuestren una mayor capacidad de analizar y evaluar el estado de salud de la población;

Mejorar la calidad, disponibilidad y cobertura de los datos, tales como los de mortalidad y morbilidad, así como los de los sistemas de registros, para aumentar la validez y confiabilidad de los análisis realizados, con el fin de que todos los países aumenten la disponibilidad y calidad de sus registros y que el Secretariado disponga de una base de datos técnicos en apoyo a los distintos usos y requerimientos de la Dirección y sus programas;

Fortalecer los procesos de capacitación en epidemiología, estadística y análisis de situación en la Región, con el fin de que los países de la Región reporten sus estadísticas de mortalidad conforme a la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª Revisión (CIE-X).

5.1.3 *Desarrollos actuales*

Surgimiento de nuevos modelos teórico-conceptuales para el análisis epidemiológico de la situación de salud (enfoque de complejidad, métodos cualitativos, análisis de brechas, etc.);

Introducción de la CIE-X en la Región;

Incremento del acceso a la información técnica y científica en salud pública y epidemiología;

Disponibilidad de plataformas tecnológicas para la organización horizontal de bases y redes de datos e información para la difusión y utilización oportuna de los mismos para ASIS;

Nuevas capacidades para educación a distancia y conferencias (correo electrónico, teleconferencias, INTERNET, etc.);

Diseminación electrónica de datos e informaciones de vigilancia en salud y datos básicos.

5.1.4 *Soluciones previstas*

Ampliar la cooperación técnica directa en epidemiología, estadística y análisis de situación en salud (ASIS), incluyendo la implementación de la CIE-X;

Intensificar la cooperación técnica en el mejoramiento de los sistemas de acopio y diseminación de datos de mortalidad, morbilidad, factores de riesgo y recursos de salud, incluyendo los aspectos de modernización tecnológica;

Apoyar las actividades de formación y capacitación en epidemiología, estadística y métodos de investigación en análisis de la situación de salud;

Promover investigaciones epidemiológicas y estudios especiales para evaluar la situación de salud en diferentes ámbitos geográficos, político administrativos y sociales;

Realizar estudios periódicos de tendencias de la situación de salud en la Región, para los diferentes usos definidos por la Organización y los países, incluyendo:

- Modernización del sistema de información técnica de la OPS;

- Desarrollo y promoción de modelos conceptuales y metodologías de apoyo al análisis de la situación de salud; por ejemplo, sistemas de información geográfica, programa de computación EPIDAT, lineamientos para el análisis de mortalidad y otros instrumentos epidemiológicos;
- Diseminación y publicación tradicional y electrónica de información epidemiológica, estadística y analítica sobre la situación de salud en la Región (Condiciones de Salud en las Américas, Estadísticas de Salud, Boletín Epidemiológico, datos básicos, CIE-X).

5.1.5 *Influencia en la cooperación técnica*

Elaboración de estrategias de cooperación directa para ampliar la capacidad de los diversos niveles de organización de los servicios para la evaluación de las tendencias de salud y de los servicios en el contexto de la descentralización del Estado y de la integración regional y subregional;

Revitalización de los cursos básicos y de postgrado de epidemiología y estadística en la Región, con especial interés en la capacitación del personal de nivel local y regional;

Agilización de la organización y utilización de los datos, información y estudios de ASIS para ponerlos a disposición de los interesados a través de los diversos medios de diseminación disponibles;

Fortalecimiento de la capacidad de la unidad técnica para la búsqueda, revisión, crítica, organización y diseminación de información y de conocimiento teórico, metodológico y aplicativo en las áreas técnicas correspondientes.

5.2 Salud y desarrollo socioeconómico

5.2.1 *Áreas técnicas*

Aspectos institucionales de las políticas de salud

Acción intersectorial en la formulación y ejecución de políticas de salud

Salud y combate a la pobreza

Financiamiento y gestión económica para la equidad y la eficiencia

Relación entre políticas económicas y salud

5.2.2 Retos principales

Insuficiencia de datos económicos para evaluar costos, eficiencia o asignación de recursos durante los procesos de formulación de políticas, planificación y regulación sanitaria en la Región;

Insuficiente conocimiento del impacto económico y financiero en las finanzas públicas o sobre los grupos de población durante la implementación de reformas en el sector salud;

Necesidad gubernamental de mayor comprensión y mejor aplicación de los instrumentos de economía y financiamiento de la salud en la medida que se redefine la función estatal en el financiamiento y prestación de servicios sociales y se requiera desarrollar mejores criterios de costo-efectividad para planificar la ampliación de la atención primaria en salud para aquellos sectores de la población que carecen de cobertura debido a los cambios en las economías nacionales (por ejemplo, programas de ajuste estructural, liberalización y globalización económica);

Necesidad de una estrategia para fortalecer las capacidades de los cuadros técnicos nacionales para asumir posiciones de liderazgo en la creación e implementación de políticas de salud en el marco de los procesos de globalización económica y reforma del Estado;

Mayor sistematicidad en la información para evaluar empíricamente las relaciones directas e indirectas entre pobreza y salud, con el fin de establecer una base sostenible para focalizar las intervenciones sobre los grupos más pobres y para la gestión y financiamiento del proceso de reforma sectorial de manera que se asegure la equidad en salud.

5.2.3 Desarrollos actuales

Desarrollo de la Red Interamericana de Economía y Financiamiento de Salud (REDEFS), con más de 800 individuos afiliados y más de 20 asociaciones nacionales dedicadas a la promoción de ideas, capacitación, investigación, disseminación e intercambio de información en el área de economía de la salud;

Incremento en el número de autoridades nacionales de salud que emprenden la evaluación de la tendencia del gasto y financiamiento del sector salud;

Desarrollo de una amplia gama de herramientas para asistir a los países en la evaluación de los costos de programas, prioridades epidemiológicas, eficiencia en la asignación de recursos y evaluación de programas;

Perfeccionamiento de instrumentos; por ejemplo, las encuestas estandarizadas de hogar se han mejorado hasta permitir la realización de evaluaciones detalladas de los programas nacionales y comparaciones internacionales;

Desarrollo de evaluaciones de pobreza, encuestas de condiciones de vida y otros estudios poblacionales que incluyen información de salud en numerosos países;

Incorporación de métodos y sistemas de información geográfica para asistir en la focalización de intervenciones y la asignación de recursos.

5.2.4 Soluciones previstas

Promover el mejoramiento de los datos económicos del sector salud mediante la recolección, procesamiento y publicación de estos datos por las autoridades nacionales;

Apoyar y promover el intercambio de ideas, propuestas y experiencias y la disseminación de resultados de investigación y otra información entre los investigadores y formuladores de políticas en el área de economía de la salud al interior y entre países de la Región;

Apoyar la investigación en la evaluación de costo y eficiencia de intervenciones específicas en salud;

Definir operativa y técnicamente la contribución del sector salud al mejoramiento de la salud de los grupos postergados y a la reducción de la pobreza, así como los tipos de colaboración intersectorial requeridos para alcanzar a satisfacer las prioridades específicas del desarrollo humano y la salud.

5.2.5 Influencia en la cooperación técnica

Impulso a iniciativas que permitan el desarrollo y crecimiento de asociaciones nacionales de economía de la salud y apoyo al intercambio, investigación y capacitación en economía de la salud en la Región. REDEFS, al facilitar la comunicación entre investigadores en economía de la salud, permite que aquellos con posibilidades de influir en el proceso de toma de decisiones tengan el respaldo de la experiencia de muchos y se incrementen las capacidades nacionales en ese campo;

Orientación del desarrollo de la recolección y archivo de datos nacionales sobre gasto y financiamiento en salud, incluyendo las cuentas nacionales en salud, para su uso y publicación regulares por parte de usuarios capacitados;

Orientación del desarrollo de la recolección y archivo de datos regionales sobre gasto y financiamiento en salud, para su uso y publicación regulares por parte de usuarios capacitados;

Promoción del uso de las herramientas de gerencia y planificación disponibles en este campo por parte de las autoridades nacionales, en colaboración con otras agencias internacionales y los países para evaluar su utilidad y costo efectividad, con el fin de capacitar a los países en el uso de las metodologías más efectivas y relevantes para las necesidades nacionales;

Colaboración interagencial para el desarrollo de herramientas para el análisis en salud, para la identificación de buenas prácticas basadas en el intercambio y la documentación de experiencias y la puesta en práctica de acciones efectivas para lograr mayor equidad.

5.3 Legislación sanitaria, derechos humanos y ética

5.3.1 Áreas técnicas

Dimensiones políticas de la salud

Identificación de entidades definitorias de políticas

Promoción de metas de salud en los programas de desarrollo

Documentación sobre legislación básica en salud y desarrollo

Desarrollo de la legislación sanitaria

5.3.2 Retos principales

Superar la carencia de marcos regulatorios adecuados para confrontar el cambio en la composición del sector salud determinado, sobre todo por la incorporación de un pujante sector privado y la irrupción de nuevos modelos de interacción de los Estado entre sí fomentados por un intenso proceso de globalización económica;

Suplir la falta de dispositivos legales nacionales, sobre todo en la acreditación de servicios, la estructuración del marco de mecanismos de aseguramiento, la

cobertura otorgada por los mismos y su portabilidad, en un escenario de prestación transnacional cada vez más expandido;

Revisar los marcos jurídicos de los procesos de reforma sectorial por su precariedad para sustentar la permanencia y obligatoriedad de la garantía al acceso a las prestaciones de salud de las poblaciones carenciadas y de mecanismos equitativos de financiamiento;

Asegurar la efectividad de las conquistas sociales consagradas en las cartas fundamentales de derechos ciudadanos que podría perderse como consecuencia de la reducción de la capacidad del Estado para garantizar su cumplimiento;

Reglamentar nuevas formas para abordar lo humano ante los avances tecnológicos; por ejemplo, la prolongación de la vida, la definición de la muerte y las múltiples facetas de la reproducción;

Asegurar la evolución de la cobertura de grupos particulares (niños, discapacitados, mujeres), la equidad en los sistemas de salud dominados por el mercado—tanto a nivel nacional como internacional—y otros aspectos de los derechos humanos que podrían verse afectados por los procesos de globalización.

5.3.3 *Desarrollos actuales*

Crecimiento del comercio regional en el marco de arreglos regionales y subregionales de integración/libre comercio entre países de la Región, acompañado en muchos casos de importantes procesos de institucionalización política intergubernamental o supranacional (Comunidad Andina, SICA, TLC, MERCOSUR, CARICOM, ALCA, ALADI);

Desarrollo y fortalecimiento de cuerpos interparlamentarios en la Región que acuerdan agendas legislativas regionales y subregionales para el establecimiento y la armonización de marcos legales y regulatorios comunes en los países (PARLATINO, Parlamento Andino, PARLACEN, Comisión Interparlamentaria de MERCOSUR, IMPO, Parlamento Indígena);

Participación e influencia crecientes de grupos organizados de la sociedad civil (periodistas, académicos, ONG, gremios, profesionales, organizaciones de grupos de mujeres, jubilados, jóvenes, grupos étnicos, sindicatos, empresarios, consumidores, ambientalistas, etc.) en la formulación de políticas públicas y legislación relacionada con la salud, mediante mecanismos de información al público, movilización social, abogacía directa y otros;

Reconocimiento y visualización desde la perspectiva de la bioética de las megatendencias positivas (por ejemplo, el proceso de mundialización, el surgimiento de la economía del conocimiento y la emancipación de la mujer), las megatendencias catastróficas (por ejemplo, el agravamiento de los desequilibrios sociales al interior de los países y entre ellos, el empeoramiento de los desequilibrios ecológicos y el incremento del desempleo) y las megatendencias ambiguas, aún no definidas (por ejemplo, el derrumbe del estatismo y los procesos de privatización, el renacimiento de la cultura mítica y de las religiones y el desarrollo y el impacto creciente de los multimedios);

Promoción de la conducta ética inherente a los actos de salud y de quienes los producen entre las personas que deben acceder al sistema de salud. Debido a que el compromiso ético es de ambas partes, el tema ético y bioético debe estar involucrado en cada definición programática de la OPS pues, sin este componente, resulta imposible calificar, medir, monitorear y—por último—diagnosticar el estado actual de la salud de los pueblos.

5.3.4 Soluciones previstas

Contar con normas de calidad que permitan acelerar el intercambio comercial y proteger el interés y la salud de los usuarios y los consumidores en un mercado hemisférico dominado por un sector privado altamente agresivo. Asimismo, reestructurar las cartas orgánico funcionales de los ministerios de salud para incorporarlos a la nueva dinámica, tanto en su función reglamentaria como de control;

Implementar una reforma jurídica que abarque la revisión de los instrumentos o tratados de integración/libre comercio para incorporar consideraciones de protección de la salud de la población y fortalecer la presencia de los ministerios de salud en el campo de la regulación sanitaria supranacional del comercio;

Formular parámetros supranacionales para la creación y armonización de normas sobre bienes y servicios de salud y mecanismos para dirimir conflictos producidos por la integración y el intercambio regional y subregional. Asimismo, diseñar e implementar sistemas internos de normas para garantizar la calidad de los productos y las prestaciones, incluyendo la acreditación de servicios médicos y la práctica profesional.

5.3.5 Influencia en la cooperación técnica

Desarrollar capacidades innovadoras frente a las demandas nuevas señaladas por la existencia de mercados regionales ampliados de bienes de consumo humano y de productos y servicios de salud que requieren normas comunes

para permitir el intercambio y nuevas entidades con credibilidad y neutralidad suficientes para formular lineamientos que los países puedan utilizar en su armonización;

Incorporar en la cooperación técnica a todos los actores que intervienen en la definición de políticas nacionales y regionales, incluyendo a las instancias supranacionales, tanto políticas como económicas, de salud, del sector privado y de otros sectores;

Desarrollar vías y mecanismos de acceso efectivo a los niveles deliberativos y decisorios de las nuevas entidades de integración política y económica en la Región, para asegurar la protección y la promoción de la salud de la población, dado que la formulación de las políticas nacionales está condicionada cada vez más por parámetros globales y regionales.

5.4 Programa Regional de Bioética para América Latina y el Caribe

5.4.1 Área técnica

Desarrollo y aplicación de la bioética al ejercicio de la medicina, la investigación biomédica y la política sanitaria

5.4.2 Retos principales

Fortalecer el reconocimiento de la bioética en los niveles de decisión política de los países e incorporar la disciplina en la práctica y la generación de conocimiento de la salud pública, en el proceso de formulación de políticas y programas y en la planificación y asignación de recursos y determinación de prioridades en salud;

Facilitar la adquisición de experiencia nacional para el desarrollo de programas para la educación, capacitación y diseminación de información en bioética, dirigidos a profesionales, tomadores de decisión, grupos de la comunidad organizada, sociedad civil y ciudadanos comunes;

Fortalecer la capacidad nacional y regional para la investigación y la reflexión en temas de bioética, especialmente en temas emergentes que afectan la salud de las personas y su ambiente, y facilitar el empoderamiento de los grupos de la comunidad en relación a los problemas de salud que los afecta;

Incorporar criterios bioéticos en el proceso de formulación y análisis de políticas de salud, en especial, en el proceso de reforma de sector salud a fin

de facilitar la adopción de políticas basadas en la búsqueda de la justicia social y la equidad en el acceso y la calidad de atención en los sistemas de salud y en la prestación de servicios básicos.

5.4.3 *Desarrollos actuales*

Creciente interés por el tema de la bioética en las instituciones académicas y de servicios de salud en la Región como consecuencia de las demandas originadas por el avance tecnológico, la globalización económica y los procesos de reforma del Estado y del sector salud;

Implementación de la primera Maestría Internacional en Bioética, con la graduación de cuarenta profesionales de salud de toda la Región;

Desarrollo de la capacidad de disseminación de publicaciones, informes y bibliografía sobre temas bioéticos, a través del Centro de Documentación del Programa Regional, y auspicio de investigaciones sobre derechos de los ciudadanos en medio ambiente, salud mental y otros;

Aparición de temas emergentes que demandan la aplicación de un enfoque ético para el logro de consensos y criterios en el ejercicio profesional, la protección de la salud, la planificación y determinación de prioridades para la asignación de recursos, la calidad de atención, la adopción de nuevas tecnologías y otros (ingeniería genética, fármacos, experimentación humana y animal, comités de ética hospitalaria, discapacitados y grupos vulnerables, derechos de los consumidores, trasplantes, eutanasia, etc.).

5.4.4 *Soluciones previstas*

Constituir y fortalecer la red de grupos de trabajo en bioética en los países de la Región para promover la disseminación amplia de información, investigaciones e intercambios entre los grupos interesados en la disciplina en sus diversas áreas de aplicación;

Incorporar la bioética en los programas de estudios universitarios de las carreras de salud y en los programas de formación de líderes políticos, comunitarios, de sectores civiles, de organismos internacionales, dentro y fuera del sector salud;

Propiciar el debate y la discusión de los grupos implicados en el establecimiento de consensos y criterios para enfrentar los desafíos de los cambios científicos y tecnológicos, así como los que se derivan de los cambios sociales y económicos, desde una perspectiva ética basada en la equidad y la justicia social;

Promover la aplicación de la bioética en el estudio y revisión de los marcos jurídicos y normativos de los países en relación a la práctica profesional, la

relación médico-paciente, la calidad de la atención, la experimentación en sujetos humanos y animales y otros temas relevantes.

5.4.5 *Influencia en la cooperación técnica*

Establecimiento de relaciones con los organismos nacionales e internacionales en el área de derechos y salud y con grupos parlamentarios regionales y nacionales, a fin de establecer redes de análisis e investigación en el campo de derechos humanos y salud;

Incorporación y desarrollo de contenidos bioéticos en todos los programas de cooperación de todas las áreas técnicas y unidades de la OPS—a nivel regional y nacional—tanto en lo que respecta a la investigación como a la asesoría para la formulación de programas y prioridades nacionales y regionales. Ello implica la necesidad de facilitar la formación de sus cuadros técnicos en los principios básicos de la bioética.

5.5 Desarrollo de políticas y estrategias de investigación

5.5.1 *Áreas técnicas*

Desarrollo tecnológico en salud

Coordinación general de investigación biomédica y de salud pública

Fortalecimiento de las capacidades nacionales de investigación en salud

Promoción de la metodología de investigación biomédica y socio-epidemiológica de sistemas de salud

Apoyo a la formulación de políticas nacionales de investigación en salud

Coordinación del Comité Asesor de Investigaciones en Salud (CAIS) de la OPS.

5.5.2 *Retos principales*

Solucionar la ausencia de una clara definición de las políticas de ciencia y tecnología en salud a nivel nacional e institucional en los países y en la Región;

Incrementar la utilización de los resultados de las investigaciones en la práctica de los servicios y de la salud pública y en la formulación de políticas y programas de salud y desarrollo humano;

Resolver la ausencia de un conocimiento con validación empírica sobre temas de salud de importancia regional;

Impulsar el aumento en la cantidad y la mejora en la calidad de la producción científica en salud en la Región, sobre todo, en lo que corresponde al conocimiento de las condiciones y problemas de salud prioritarios de la población;

Apoyar la reducción de limitaciones conceptuales y metodológicas de la investigación en salud;

Fortalecer la formulación e implementación de políticas de promoción y regulación del desarrollo tecnológico en salud en los países, sobre todo, ante las demandas derivadas de los procesos de globalización económica y reforma del Estado.

5.5.3 *Desarrollos actuales*

Incremento de la necesidad de mayor capacidad nacional y supranacional de regulación y control del desarrollo e incorporación de la tecnología en salud como consecuencia de la ampliación de los mecanismos de intercambio y difusión de tecnologías, con la participación de nuevos actores públicos y privados, sobre todo bajo esquemas de libre comercio/integración subregional y regional;

Ampliación de los mecanismos y canales de difusión y acceso al conocimiento científico y tecnológico, con base en plataformas informáticas y tecnologías de comunicación pues, si bien se globaliza la información, aparecen barreras al acceso de los sectores que no disponen de las tecnologías de comunicación de punta;

Desarrollo de nuevos enfoques conceptuales y operacionales para la planificación y administración de las instituciones de ciencia y tecnología. Paralelamente, descentralización de las acciones y del proceso decisorio en el sector salud, con creciente diversificación de los actores, tanto públicos como privados;

Consolidación de grupos de investigación en salud de reconocida excelencia en diversos temas y campos de la salud en la Región y proliferación de programas de formación de postgrado en investigación;

Diversificación de las fuentes de financiamiento para la investigación en salud: potencialmente, existen nuevos recursos provenientes de los préstamos y fondos nacionales destinados a apoyar los procesos de reforma sectorial, los cuales podrían sustentar la investigación en servicios de salud y de análisis de situación de salud, así como la formación de postgrado de investigadores;

Nuevos paradigmas científicos cuya aplicación al campo de la salud abre las posibilidades de abordajes transdisciplinarios en la investigación; en la Región, existen grupos explorando estos enfoques epistemológicos y su aplicación al conocimiento en la salud pública.

5.5.4 Soluciones previstas

Fortalecer los organismos nacionales de ciencia y tecnología y la capacitación de los administradores de instituciones nacionales de ciencia y tecnología;

Promover y desarrollar mecanismos nuevos o tradicionales de disseminación de resultados de la investigación a los actores interesados en su utilización;

Desarrollar proyectos multicéntricos y concursos de investigación sobre temas relevantes para la salud de la población de la Región;

Capacitar a los investigadores y fortalecer los cursos de postgrado de formación de investigadores, además de promover el incremento de los recursos financieros disponibles para la investigación, particularmente para la salud pública;

Promover el desarrollo, disseminación y la aplicación de nuevos enfoques conceptuales y metodológicos para la investigación en salud;

Fortalecer las instancias nacionales y regionales involucradas en la definición de normas, políticas, marcos jurídicos y otros aspectos del desarrollo de la tecnología en salud en la Región.

5.5.5 Influencia en la cooperación técnica

Promoción del intercambio de experiencias y capacitación de administradores de programas e instituciones de ciencia y tecnología en salud, así como de estudios y asesoría en temas de administración estratégica de ciencia y tecnología;

Funcionar como una interfase facilitadora entre la producción y la utilización del conocimiento científico en salud en todas las áreas técnicas y en el

desarrollo de políticas de ciencia y tecnología, mediante la participación de los usuarios potenciales en todas las etapas del proceso de investigación;

Mantenimiento y ampliación del mecanismo de promoción y coordinación de estudios multicéntricos y de concursos de investigación para subsidiar la investigación y movilizar recursos humanos, técnicos y financieros en la Región;

Énfasis en la formación y capacitación de docentes de postgrado en investigación y en la asesoría para el fortalecimiento de la enseñanza del componente de investigación en los programas de estudio de postgrado, así como la promoción de la realización de talleres de capacitación de investigadores en el desarrollo de proyectos;

Facilitamiento de la realización de estudios multidisciplinarios con nuevos enfoques y metodologías, así como de diseminación de información e intercambio entre investigadores involucrados en el desarrollo de nuevos paradigmas y abordajes epistemológicos en la investigación en salud;

Promoción del estudio y los intercambios de experiencias nacionales y regionales con respecto al proceso de desarrollo, incorporación y evaluación de tecnologías en el marco de los procesos de reforma del Estado y la globalización económica, a fin de apoyar la definición de políticas nacionales y supranacionales para la regulación y control del mismo.

5.6 La mujer, la salud y el desarrollo

5.6.1 Áreas técnicas

Fortalecimiento de las capacidades de los Países Miembros para formular, ejecutar y evaluar políticas de salud, programas y proyectos que permitan reducir las brechas en salud que devienen de las inequidades de género, con el fin de mejorar la salud y la calidad de vida de hombres y mujeres de la Región;

Generación de información científico técnica sobre las condiciones de salud que son específicas de las mujeres o que son compartidas por los dos sexos pero que les impactan de manera diferenciada;

Fortalecimiento de la capacidad de la OPS para catalizar eficazmente políticas y programas que incorporen consideraciones de género en los Países Miembros.

5.6.2 Retos principales

Asegurar la incorporación de la perspectiva de género en la planificación y programación del quehacer de la OPS con el fin de que la cooperación técnica promueva la equidad de género;

Incrementar la investigación cualitativa y cuantitativa que se desarrolla en la Región, asegurando que se incluyan los diferenciales por sexo y que se analicen los resultados con perspectiva de género;

Fortalecer la colaboración entre las organizaciones del sector civil que abogan por la equidad de género y las instituciones del sector público de salud, con el fin de aprovechar sus ventajas comparativas y mejorar la salud y la calidad de vida de hombres y mujeres con un espíritu de aprendizaje recíproco.

5.6.3 Desarrollos actuales

Adiestramiento de capacitadores en la OPS, sobre todo a nivel de los países, para desarrollar una masa crítica de consultores capacitados. Con respecto al trabajo con otros programas, elaboración de una guía para la incorporación del enfoque de género en la cooperación en el área de salud ambiental;

Incorporación del componente de investigación en cada proyecto del Programa a nivel de los países, con el fin de generar una masa crítica de conocimiento sobre salud y condiciones de vida de hombres y mujeres; para ello, se está desarrollando y aplicando una metodología que registra las necesidades en salud de hombres y mujeres tomando en cuenta sus construcciones y representaciones sociales;

Incorporación de organizaciones de la sociedad civil en todos los proyectos desarrollados por el Programa y en todas las etapas: planificación, ejecución y evaluación;

Promoción de oportunidades para que representantes de ONG relacionadas con la salud de la mujer puedan realizar pasantías en el Programa a nivel regional.

5.6.4 Soluciones previstas

Continuar conduciendo los talleres de género, salud y desarrollo que se realizan en la Región y elaborar guías para cada uno de los programas técnicos de la Organización, de manera que se acompañe a cada unidad en el proceso de incorporación de la perspectiva de género en su área respectiva;

Mantener la movilización de recursos para apoyar el desarrollo de la investigación y de metodologías para medir las inequidades de género y promover su aplicación operativa con el fin de mejorar la salud y las condiciones de vida de toda la población;

Promover las oportunidades para el desarrollo de programas e iniciativas conjuntas entre el sector público y la sociedad civil, con fines comunes en el tema de género, salud y desarrollo.

5.6.5 *Influencia en la cooperación técnica*

Reconocimiento de que el condicionamiento social de hombres y mujeres atraviesa todas las otras variables y es una dimensión fundamental de la búsqueda de la equidad en salud, aunque el género no es el único elemento a ser considerado en la cooperación técnica pues también deben incorporarse los elementos de clase, etnia y edad;

Profundización en la especificidad del reconocimiento de la diversidad intergenérica e intragenérica;

Ampliación de la gama de oportunidades para incorporar a diversos actores en el proceso de salud y desarrollo humano en general y, particularmente, en los temas relacionados con la equidad de género.