

SALUD PARA TODOS EN LAS AMÉRICAS

Informe Final
Reunión del Grupo Asesor del Director de la OPS

Washington, D.C.,
3 y 4 de abril de 1995

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud
Oficina de Análisis y Planificación Estratégica

Salud para Todos en las Américas

Informe Final

Reunión del Grupo Asesor del Director de la OPS
Washington, D.C., 3 y 4 de abril de 1995

Oficina de Análisis y Planificación Estratégica
Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud
Informe Técnico OPS/DAP/5.14, Mayo 1995

TABLA DE CONTENIDO

	Página
● Introducción	2
● La Aplicación de la Estrategia de Atención Primaria de Salud en la Región ..	2
● Revalorización de la Salud	5
● Conclusiones	6

Anexos:

- I. Plan de Trabajo: Propuesta Preliminar
- II. Lista de Participantes
- III. Renovación de la Estrategia de Salud para Todos (EB95/15)

Salud para Todos en las Américas

Introducción

Dando inicio al proceso de consulta sugerido por el Consejo Ejecutivo de la OMS en su 95th sesión, se elaboró en la Región de las Américas una propuesta preliminar como producto de la reunión del grupo asesor para orientar la preparación de una contribución regional a este proceso.

Este primer evento reunió a participantes reconocidos por su labor en el área de salud, quienes deliberaron durante un día y medio sobre aquellos aspectos que deberán considerarse en la renovación de la meta de Salud para Todos en las Américas (SPT). Los participantes consideraron el documento de trabajo de la OMS (*Renovación de la Estrategia de Salud para Todos EB95/15*), así como los lineamientos del Director de la OPS con respecto a las políticas de la Organización para los próximos años, los que son congruentes con el Noveno Programa General de Trabajo de la OMS.

Las deliberaciones de los días 3 y 4 de abril de 1995 en la ciudad de Washington, D.C., se centraron en los siguientes temas: lecciones de la experiencia de SPT en la Región de las Américas, revalorización de la salud, preparación para los desafíos del siglo XXI, capacidad de los países para enfrentarlos, y plan preliminar de trabajo.

La definición de la filosofía, valores y líneas de acción para renovar la meta de Salud para Todos en las Américas constituye la creación de una nueva visión de salud para la Organización y los Países Miembros. En consecuencia, la esencia del producto de las actividades dirigidas a hacer realidad esta nueva visión deberá ser, la esencia de un compromiso regional a largo plazo. Por lo tanto, el proceso de consulta que se genere será lo más amplio posible, incluyendo la participación de líderes reconocidos de salud pública y otros expertos prominentes, personal de otras agencias de las Naciones Unidas, organizaciones no gubernamentales y de agencias de cooperación financiera y técnica, validados por su actuación en el logro de las metas de SPT, así como los Cuerpos Directivos y personal de la Organización Panamericana de la Salud.

La Aplicación de la Estrategia de Atención Primaria de Salud en la Región

Las transformaciones de los sistemas de salud y los logros en cuanto a SPT fueron más allá de lo esperado en América Latina y el Caribe, dado que ya se había establecido en la Región una meta más amplia para extensión de cobertura definida en el Plan Decenal de Salud de 1972. Existía pues, una gran experiencia acumulada en temas tales como promoción de la salud, participación, salud familiar y otros, que luego se

enmarcaron en los enunciados originales de la estrategia de atención primaria de salud (APS): Salud para Todos era ya un concepto conocido en salud pública en las Américas al tiempo de la adopción de la meta global.

Lo que pasó después de Alma Ata en la Región se interpretó en el contexto de regímenes totalitarios en varios de nuestros países, donde también cundió la crisis económica al comienzo de la década de los 80. Hubo, además, una insuficiente comprensión del concepto de Salud para Todos. Esta conceptualización fue equivalente, en varios casos, a medicina para todos en lugar de la aplicación cabal de la estrategia de atención primaria de la salud, se registró una notable ausencia de lo intersectorial, inadecuada acción comunitaria, limitación de la promoción de estilos de vida a nivel individual. En algunos casos la estrategia de atención primaria se interpretó como el primer nivel de atención, en otros como atención de segunda clase para indigentes y otras tantas, significó solamente atención comunitaria, o rural, o se supuso que era de bajo costo. Como consecuencia, se ha trabajado Salud para Todos como equivalente al aumento de cobertura de servicios y la ampliación de la capacidad operativa.

Sin embargo, no fue sorprendente que la interpretación y la aplicación del concepto y de la estrategia de Salud para Todos hayan registrado problemas. La diversa realidad de los países, intereses y perspectivas no convergentes con respecto al enfoque, originaron interpretaciones múltiples, las que aunadas a la restringida capacidad del sector salud en los países a comienzos de la década de los ochenta, imposibilitó el logro de todas las recomendaciones e ideales de Alma-Ata.

Esta coyuntura contribuyó a diluir la dimensión total de una estrategia integral que incluía todos los niveles de atención para todas las personas, donde no se articuló la definición amplia de salud y de atención de la salud. Además, poco después de Alma-Ata, surge la discusión entre atención primaria en su concepción original y atención primaria selectiva. Esta polémica alimentó la discusión entre programas verticales y programas horizontales, polarizando las posiciones en salud pública. Sin embargo, es posible afirmar que la aplicación de una estrategia de atención primaria selectiva o segmentada prevaleció en las Américas, aunque sin mayor discusión y análisis.

En este sentido, la priorización de los componentes de Salud para Todos que desarrolló el 7o. Programa General de Trabajo de la OMS, tuvo como punto de partida y propósito fundamental el desarrollo de la infraestructura de salud con énfasis en los elementos más dependientes de la orientación médica, quedando en un segundo plano los aspectos relativos a la participación comunitaria, la educación para la salud, los programas de alimentación, el desarrollo ambiental y sobretodo, la acción intersectorial.

El esquema de ordenación estuvo todavía centrado en el individuo como foco de las intervenciones médicas específicas.

La última evaluación y seguimiento de Salud para Todos, consideró los resultados de los últimos diecisiete años de esta cruzada de salud. El resultado de la evaluación es mixto, y demostró que aunque se ha avanzado con respecto a algunos indicadores tradicionales, como por ejemplo, la esperanza de vida al nacer, mortalidad infantil, entre otros, en general en las Américas persisten grandes brechas de salud y deficiencias relacionadas con las dificultades de formulación y aplicación de políticas y estrategias nacionales. El tema de la continuidad es muy relevante a la discusión, ya que muchos de los enormes esfuerzos en la aplicación de políticas dirigidas a lograr la meta en los países, por razones políticas o económicas sufrieron por su falta. Esta continuidad es esencial para asegurar la sostenibilidad de los cambios en el tiempo, y tendrá mayor éxito si está asentada en el cambio de actitud de conocimiento y de prácticas de la población. Por otra parte, la organización de los sistemas y servicios basados en los principios de APS resultó también limitada. En cuanto a la equidad, no se ha avanzado en términos de redistribución de los recursos, registrándose un aumento de la pobreza en términos absolutos y relativos. En esta década varios países han recuperado en parte los niveles de crecimiento macroeconómico, pero el modelo aplicado tiende a generar mayor inequidad entre los países y entre los grupos de población. La participación comunitaria y la colaboración intersectorial requieren todavía esfuerzos especiales.

La experiencia demostró la existencia de una enorme distancia entre los ideales que adoptaron los países inspirados por la meta de SPT y las acciones y resultados registrados actualmente. En la búsqueda de los posibles errores cometidos se destacaron tres grupos de problemas, originados respectivamente a nivel de los conjuntos sociales, de los sistemas de salud, y del propio Estado.

Entre las primeras insuficiencias, se observa el predominio del interés individual centrado en una creciente expectativa frente al poder resolutivo de la medicina y asociado a cambios demográficos y al perfil epidemiológico responsables por una acumulación de riesgos y enfermedades transmisibles y crónicas. Entre las insuficiencias originadas a nivel del sistema de servicios, se destaca la inadecuada interpretación de la estrategia de APS ya referida, y un enfoque epidemiológico todavía basado en aspectos patogénicos y no en función de los determinantes de salud. Así mismo, se observan costos crecientes de la atención, con excesiva medicalización, especialización y abuso de la tecnología, asociados a deficiencias gerenciales y dificultad de reorientación de la formación profesional. En cuanto a las insuficiencias atribuidas al Estado, se resalta la fragilidad de las democracias, la incipiente acción intersectorial, con subordinación de las políticas sociales al desarrollo económico y la incompleta transición del papel de

ejecutor a regulador, dificultando en gran medida la promoción de una orientación saludable.

Revalorización de la Salud

La revalorización de la salud en la agenda pública y en todos los niveles de la sociedad tiene que ver con la revalorización del ser humano como miembro de la familia, la comunidad y los ámbitos sociales más amplios en los que tienen lugar sus relaciones con el ambiente y otros seres humanos, donde se da su desarrollo psicosocial y biológico. La ubicación del ser humano es una necesidad y es una elección en un mundo globalizante y polarizado donde reina la incertidumbre y la fragmentación. Revalorizar la salud tiene que ver con celebrar la diversidad, lo local, la cultura y las diferentes maneras de identificar, ordenar y administrar el proceso de salud/enfermedad, tiene que ver con asegurar dignidad y respeto.

Relacionado a estos valores es necesario mencionar un aspecto que no ha estado presente en la aplicación de Salud para Todos, y que es una parte vital donde los seres humanos vivimos, el ambiente sociocultural. Se señaló por ejemplo, que es tan importante tener un parque infantil en una comunidad como aplicar una vacuna, porque precisamente es a través de lo sociocultural donde se da el desarrollo humano, la autoestima individual y cultural de comunidades. Hacen falta además indicadores de esta naturaleza, que sean capaces de medir cuán saludable es una comunidad en todo su espectro. Esta propuesta está directamente relacionada con la inclusión de la dimensión sociocultural en las consideraciones sobre salud, tema no tradicional para la salud pública. En este sentido, cultura se identifica con la base de la transformación de la sociedad, que tiene lugar a nivel local y que afirma la identidad, pertenencia y transcendencia de las naciones.

Acompañando esta afirmación, la salud ya definida de una manera amplia en Alma Ata, adquiere un nuevo dinamismo a raíz de la concepción y operacionalización de la estrategia de promoción de salud. En ese ámbito, salud no es solamente un estado de ausencia de enfermedad o daño, ni siquiera un estado completo de bienestar, sino que incorpora una visión de un estado preferido, que inspira y mueve hacia el logro del futuro para lograrlo. Salud en el marco de SPT significa la capacidad de realización del potencial humano para participar en los beneficios del desarrollo socioeconómico, fortalecida por la nueva estrategia de promoción de salud, avalada formalmente por los países en la Carta de Ottawa, y por los países de las Américas en la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de Salud en Santa Fé de Bogotá, Colombia, en noviembre de 1992. Esta relación de salud y desarrollo se amplía más recientemente en la Cumbre

de las Américas, en diciembre de 1994 en Miami y en alguna medida en la Cumbre sobre Desarrollo Social, en Copenhagen en marzo de 1995.

A fin de revalorizar la salud corresponde cambiar el orden de prioridad seguido hasta ahora partiendo de la construcción de una política pública saludable con amplia intersectorialidad, la existencia de un ambiente social y físico favorable a la salud, la promoción y amplia movilización comunitaria, estilos de vida a nivel individual y comunitario, tomando en cuenta influencias psicosociales y socioeconómicas e incluyiendo la reorientación de los servicios de salud para casos de enfermedad y reparación de daños. Se requiere un mayor equilibrio entre promoción y prevención, más y mejores servicios comunitarios, pacientes más participantes y activos en la consolidación de la reforma sectorial, que en nuestros países se expresa en los temas de organización y financiamiento de servicios, focalización del gasto público, la canasta básica, financiamiento múltiple y pluralidad de los prestadores, entre las características más destacables.

Conclusiones

La misión del grupo asesor contribuyó al análisis e identificación de aquellos aspectos más importantes que deben tomarse en consideración durante un proceso de consulta que durará casi dos años y que tendrá diversas instancias y participaciones.

1. El grupo asesor percibe positivamente el proceso de Salud para Todos en la Región de las Américas, registrándose una serie de factores favorables tales como la democratización, la libertad de expresión, la superación aparente de la crisis económica, aún reconociendo la fragilidad de las economías nacionales, el compromiso social creciente de los medios de comunicación, la concientización contra producción ecoagresiva, y la agregación de intereses económicos subregionales. Se debe reforzar la estrategia de APS partiendo de las lecciones aprendidas en esta primera etapa más que postergar por 20 años el alcance de la meta, plantear la necesidad ética de Salud para Todos tan pronto como sea posible, en un contexto de equidad, solidaridad y sustentabilidad.
2. El grupo estuvo de acuerdo en la importancia de enfatizar, desarrollar y fortalecer la capacidad nacional de construir credibilidad en salud a nivel social y de otros sectores. Esta credibilidad es necesaria para inspirar y aplicar la nueva propuesta. Se sugirió conducir un análisis profundo de aquellos éxitos y limitaciones del pasado tanto con respecto a la propuesta en sí, como a las instituciones de salud y el contexto en el que se desarrollan. Será necesario además, crear una nueva y

revitalizada visión de salud basada en equidad y apoyada en estrategias eficientes y efectivas.

3. Hubo acuerdo en resaltar la importancia de utilizar la palabra "renovación" en la revitalización de la meta de SPT. Cada propuesta, aun manteniendo su validez, pierde motivación y capacidad movilizadora a largo del tiempo y conviene renovarla a fin de mantener estos atributos.
4. El grupo recomendó intentar un ejercicio prospectivo de los contextos alternativos futuros, pero en un lapso menor de 20 ó 25 años. Será necesario por otra parte, cooperar intensamente con los países para que en la formulación de las visiones nacionales en salud, éstas sean elaboradas considerando los aspectos locales, la historia, situación del país, la proyección y trascendencia de la población hacia el futuro. Una visión común ofrece unidad de propósito, cohesión social y una guía para la acción, y congruentemente con esta afirmación, se reconoció la necesidad de expandir la capacidad de planificación prospectiva del sector y de las agencias, y de anticipar los escenarios posibles, probables o deseables para la salud y el sector en nuestra Región.
5. Entre las propuestas que se deberán formular para renovar la meta de SPT, se recomendó partir de las cinco Orientaciones Estratégicas y Prográmaticas (OEP), aprobadas por la Conferencia Sanitaria Panamericana en 1994, ajustándolas a los nuevos tiempos y definiéndolas con mayor precisión. Además de las OEP, es necesario mencionar el documento "Salud, Equidad y Transformación Productiva"¹, producto de un trabajo conjunto de la Organización Panamericana de la Salud y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, y que aborda muchos de los problemas vigentes. Este esfuerzo se basa en el supuesto de que el crecimiento económico no asegura por sí mismo la distribución equitativa de recursos y oportunidades, y que deben considerarse los siguientes elementos en un modelo alternativo de desarrollo con equidad: progreso técnico, empleo productivo con remuneraciones adecuadas, concertación e inversión en recursos humanos.
6. El cuadro siguiente evidencia que específicamente en el contexto de la Organización es posible sumarizar las recomendaciones más importantes a partir del ejercicio de la segunda evaluación de la implementación de la estrategia de SPT, correlacionando con las orientaciones correspondientes establecidas por la

¹ CEPAL/OPS. Salud, Equidad y Transformación Productiva en América Latina y el Caribe. OPS: Washington, D.C., CSP 24/20. Julio 1994.

OMS en su 9PGT y por la OPS en sus Orientaciones Estratégicas y Programáticas (OEP) para el período 1995-98.

Relación entre los Avances de Políticas
y Estrategias para la Acción en Salud Pública

Implementación de la Estrategia de SPT . Segunda Evaluación EB89/10,26/11/91)	Estructura de Políticas y Programas para el 9PGT (AMS 47.1)	Orientaciones Estratégicas y Programáticas (OEP)
Cinco desafíos para el futuro	Política y Orientación del Programa	Principales Orientaciones
Mantener el compromiso	Integrar salud y desarrollo humano en políticas públicas Promover y proteger la salud	Salud en el desarrollo Promoción y protección de la salud Promoción y protección del medio ambiente
Reorientar los sistemas de salud Enriquecer las capacidades gerenciales Financiamiento de la atención de salud	Asegurar acceso equitativo a los servicios de salud Prevenir y controlar problemas específicos de salud	Desarrollo de sistemas de salud Prevención y control de enfermedades
Fortalecer la cooperación internacional	Cooperación técnica con países, de dirección y coordinación el papel en salud internacional	Coordinación Internacional Cooperación Técnica

Fuente: OMS-HST, Comunicaciones varias OPS, OEP 1995-1998

7. El grupo estuvo de acuerdo en que las OEP reflejan cómo el Secretariado de la Organización responderá en torno a las áreas de trabajo en el mediano plazo, y se espera que los países orienten sus políticas flexiblemente en el mismo sentido y en relación directa a la renovación de la meta de SPT. Los logros en la aplicación de las OEP, aunque con un horizonte de cuatro años, contribuirán significativamente a solidificar las acciones futuras.
8. El grupo indicó algunos rasgos relevantes del contexto actual que conviene destacar:
 - Nuevo énfasis en la salud en el desarrollo humano;

- Conciencia y reafirmación de la importancia de la articulación intersectorial para el logro de las metas de Salud para Todos;
 - Preocupación central por la equidad y la justicia social;
 - Especial consideración a la dimensión sociocultural de la salud, con énfasis en la diversidad y lo local;
 - Importancia de la responsabilidad social e individual por la salud.
 - El conocimiento y su transmisión como capacidad para provocar cambios sociales, y el significado relevante de su relación con la participación y la formulación de políticas de salud;
 - Énfasis en la participación como proceso fundamentalmente local y político, vinculado a la descentralización;
 - Consideración creciente a los problemas de calidad de la atención y los servicios, y en consecuencia en la satisfacción del usuario;
9. Por lo tanto, se sugiere incorporar al documento de contribución regional las siguientes consideraciones:
- Fortalecer los elementos básicos sobre los que se fundamentó la decisión inicial de establecer la meta de SPT y aplicar la estrategia de APS: la equidad; la importancia de un enfoque intersectorial; la efectividad de la participación social; el énfasis en la promoción y protección de la salud (sin perjuicio de que se siga ampliando la posibilidad de acceso a los servicios de salud con calidad); la responsabilidad del Estado, la comunidad y los individuos; la universalidad (aún teniendo en cuenta las limitaciones de recursos); efectividad y eficiencia;
 - Estas orientaciones y los correspondientes planes de acción y estrategias que se generen, deberán tomar en consideración además de las diferencias entre países, aquellas internas al país entre regiones y las brechas de salud entre los grupos, ya que en el nivel nacional y local estas diferencias serán la base de la acción, la cual deberá ser permanentemente evaluada.
 - Las OEP y el 9PGT deberán adaptarse a los contextos futuros, considerados en relación a los compromisos mundiales, hemisféricos,

regionales, y nacionales, teniendo en cuenta los escenarios futuros posibles, probables y deseables. Las líneas de acción a seguir, deberán incluir indicadores tradicionales y no-tradicionales en salud pública que reflejen la realidad de la situación de los países, permitiendo una vigilancia más cercana y acción sobre los determinantes de salud;

- Reforzar las acciones que apuntan hacia una relación intersectorial más intensa que reconozca y aproveche la influencia de factores que no dependen de la acción específica del sector salud, hecho que contribuirá a promover una política pública saludable dirigida a asegurar el desarrollo de la salud en forma sostenida;
 - Ampliar la acción comunitaria para no solo asegurar un manejo más adecuado de los servicios a un nivel descentralizado, sino también permitir la continua movilización comunitaria en función de una mejor salud;
 - Incluir la dimensión sociocultural en la formulación de políticas, planes, programas y proyectos, generando respeto y estima por la diversidad cultural y las diferentes maneras de identificar y manejar los riesgos y daños en el proceso salud/enfermedad;
 - En términos de estrategias, las mismas deberán surgir del trabajo de los propios países con amplia y profunda participación local. Estas podrán reorganizarse por ámbito geográfico: regionales (comunes a todos los países); subregionales y nacionales. Es fundamental una dimensión de cooperación técnica internacional diseñada y dirigida a apoyar eficazmente y con equidad este proceso;
10. Con respecto al plan de trabajo propuesto (Anexo I), hubo acuerdo general en seguir las propuestas incluidas en el mismo, y se señaló la importancia de preparar un documento base a ser diseminado y discutido de la manera más amplia posible y dedicar esfuerzos a construir, en todos los niveles, alianzas estratégicas de cooperación con otras instituciones que se preocupan de la salud y el desarrollo humano.
11. El propósito de renovar la política de salud global en base a la meta social de salud para todos es válido y debe seguirse fortaleciendo los principios de equidad, solidaridad y sustentabilidad y tratando de que la misma sea alcanzada tan pronto como sea posible.

12. Las Américas integrarán su aporte en base a la rica experiencia del camino recorrido y teniendo en cuenta las características particulares de la Región y las Orientaciones Estratégicas y Programáticas 1995-1998 para la OPS, que constituyen la base actual sobre la cual avanzar hacia el logro de la meta en el mediano plazo.
13. Este desafío se centra básicamente en la nueva prioridad asignada a la salud en las agendas sociales de los países con el balance en las actividades de promoción, protección y recuperación de la salud, las responsabilidades del gobierno y la participación individual y comunitaria.
14. Se sugirió que los países dirijan sus esfuerzos a:
 - colocar el tema salud en el plano más alto en la agenda pública en estrecha relación con la propia Reforma del Estado;
 - definir y actuar en el proceso de reorientación sectorial y reorganización del sistema de salud con vistas a satisfacer los desafíos del siglo XXI; y
 - ampliar la movilización y participación de otros sectores en la promoción de SPT, incluyendo el sector privado, las organizaciones no gubernamentales, los gremios, los sindicatos, los parlamentos, los medios de comunicación masivos, etc.

La OPS preparará un documento básico de discusión, establecerá las alianzas necesarias de cooperación y brindará guía general para orientar el proceso de consulta, estimulando debates y la generación de contribuciones que recojan diversos puntos de vista representativos, los que conformarán progresivamente la opinión panamericana de salud para todos y por todos.

ANEXO I

Plan de Trabajo: Propuesta Preliminar²

² El plan de acción incluye la definición de los papeles que cada ente responsable tendrá (Países Miembros, Secretariado, Cuerpos Directivos, etc.). Es apropiado mencionar que el papel activo de los Cuerpos Directivos en este proceso necesita ser examinado a la luz de generar una producción verdaderamente regional. Este plan será actualizado cuando sea necesario e incluirá en su próxima versión las actividades recomendadas por el grupo asesor. La designación voluntaria de algunos miembros de los Cuerpos Directivos como parte del grupo de trabajo encargado de revisar y preparar el documento final facilitará el logro de ese objetivo.

Fechas	Países Miembros	Cuerpos Directivos	Secretariado
1995			
Febrero			Documento preliminar para activar el proceso de renovación de la meta SPT es presentado y discutido en la reunión del Gabinete del Director.
Marzo 1-3			Establecimiento del Grupo Asesor del D para esta actividad, cuyo principal objetivo es asesorar sobre la dirección general y enfoques referidos al logro de SPT en las Américas.
Marzo 13-14			Información a PWRs
Febrero-Marzo			Grupo de Trabajo prepara los términos de referencia para una reunión de un proceso de consulta amplio para la Renovación de la Estrategia de salud para Todos, una agenda para consultas nacionales y regionales, y un borrador del documento base el cual será el punto de discusión para la consulta de alto nivel. Los términos de referencia y el documento base tomará en consideración la evaluación de Salud para Todos en la Región, las OEPs y el proceso general de planificación para entrelazar los elementos principales.
Abril 3-4	Reunión del Comité Asesor del Director Renovación Salud para Todos en las Américas en Washington D.C.		Preparación de la agenda y la organización general de la reunión del Comité Asesor del Director.
Abril 24			El plan de acción y el documento base serán revisados por el Gabinete del Director para elaborar la versión final.
Abril 28-Mayo 1		El Director presenta el plan de trabajo y el borrador del documento base para el Comité del Programa Global (GPC).	

Fechas	Países Miembros	Cuerpos Directivos	Secretariado
Mayo 1-Mayo 12		Revisión y aprobación por la Asamblea Mundial de la Salud	
Mayo 15		Consejo Ejecutivo de la OMS (EB)	
Junio 20-21	Consulta de alto nivel tendrá lugar con la participación de líderes de salud pública, y funcionario de OPS la participación de otras agencias de cooperación en salud. El lugar de la reunión y los participantes serán determinados por el Director.		Las actividades durante este período incluirán consultas con otras agencias de la Naciones Unidas, otras organizaciones internacionales y ONGs.
Junio 19- Julio 1		Información al Comité Ejecutivo	La preparación de lo que será la contribución regional de la OPS a la Organización Mundial de la Salud (OMS) tomará en consideración comentarios, sugerencias emanadas de la reunión de alto nivel. El documento será circulado entre los Directores de División, Jefe de Unidades y los PWRs.
Agosto-Octubre	Cinco reuniones para preparar contribuciones subregionales, basados en el documento principal. (Caribe, Cono Sur, Países Andinos, América Central y Norte América, el cual incluye a Canadá, México y los Estados Unidos de Norteamérica.		Se aprovecharán otras reuniones para incluir el tema de Salud para Todos en las Américas, tales como la REMSA, RESSCA, y otras, y reuniones especiales de ser necesarias. La oficina del Subdirector y los PWRs desempeñarán un papel importante.
Septiembre			Discusiones Técnicas en la Oficina Central y Países sobre el tema SPT en las Américas.
Septiembre 19-30		Información al Consejo Directivo.	
Noviembre			Consolidación de la contribución regional. Posiblemente existirá un documento principal y cuatro apéndices subregionales, o sólo una posición regional consolidando todas las posiciones. Las ventajas y desventajas de cada opción deberá ser cuidadosamente estudiadas.

Fechas	Países Miembros	Cuerpos Directivos	Secretariado
Diciembre		Discusión durante el Subcomité de Planificación y Programación.	
1996			
Enero			Actualizar la programación para 1996, de acuerdo al resultado de actividades en 1995. Otras actividades serán necesarias para considerar el nuevo contexto en la Región y recomendaciones emanadas de eventos anteriores.
Abril		Presentación del documento regional al Subcomité de Planificación y Programación. Discusión.	
Mayo		Asamblea Mundial de la Salud.	
Junio		Presentación del documento regional al Comité Ejecutivo. Discusión.	
Julio-Agosto			Ajustes necesarios del documento.
Septiembre		Aprobación del Consejo Directivo. (Un evento importante podría ser programado en Washington en este momento para resaltar el tema de Renovación del llamado de Salud para Todas las Américas.)	

Fechas	Países Miembros	Cuerpos Directivos	Secretariado
1997			
Enero-Octubre	Otros procesos serán definidos para tomar lugar durante este período.		
Octubre- Noviembre 1997	Conferencia de Política de Salud Global		
	Nuevas responsabilidades regionales y acciones derivadas de las resoluciones tomadas en la Conferencia.		

ANEXO II

LISTA DE PARTICIPANTES

Dra. Aída Moreno de Rivera
Ministra de Salud
Ministerio de Salud
Apartado 2048
Ciudad de Panamá 1, Panamá

Dr. Andrés Vidovich Morales
Ministro de Salud Pública y Bienestar Social
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Pettirossi y Brasil
Asunción, Paraguay

Dr. Guillermo Soberón
Presidente Ejecutivo, Fundación Mexicana para la Salud
Periferico Sur 4809, Colonia El Arenal Telepán
México, México

Dr. Jorge Litvak
Presidente, International University Exchange
1717 Massachusetts Avenue N.W. Suite #802
Washington, D.C. 20036

Dr. Ciro Sumaya
Administrador, Health Resources and Services Administration
Health and Human Services
5600 Fishers Lane
Rockville, MD 20857

Dr. Joaquín Monasterio (ausente)
Secretario Nacional de Salud
Secretaría Nacional de Salud
Plaza del Estudiante
La Paz, Bolivia

Dra. Marta Maurás (ausente)
Directora Regional
UNICEF
P.O. Box 75-55
Bogotá, Colombia

Dr. Aarón Lechtig
Asesor Regional para Salud y Nutrición
UNICEF
P.O. Box 75-55
Bogotá, Colombia

Organización Panamericana de la Salud

Dr. George A. O. Alleyne
Director

Dr. David Brandling Bennett
Director Adjunto

Dra. Mirta Roses Periago
Subdirectora

Dr. Abraham Horwitz
Director Emérito

Dr. Carlyle Guerra de Macedo
Director Emérito

Ing. Horst Otterstetter
Director, División de Salud y Ambiente

Dr. José María Paganini
Director, División de Sistemas y Servicios de Salud

Dra. Helena Restrepo
Directora, División de Promoción y Protección de la Salud

Dr. Gabriel Schmunis
Director, a.i., División de Prevención y Control de Enfermedades

Dr. José R. Teruel
Director, División de Salud y Desarrollo

Dr. Ciro De Quadros
Director, Programa Especial para Vacunas e Inmunización

Dr. José Roberto Ferreira
Asesor Especial del Director
Oficina de Análisis y Planificación Estratégica

Dr. Juan Manuel Sotelo
Jefe, Oficina de Análisis y Planificación Estratégica

Dra. Cristina Puentes-Markides
Asesor de Políticas de la Salud
Oficina de Análisis y Planificación Estratégica

Organización Mundial de la Salud

Dr. Gorm Kirsch
Oficial Técnico
Gabinete del Director General
Organización Mundial de la Salud
CH 1211, Geneva 27, Switzerland

ANEXO III

Renovación de la Estrategia de Salud para Todos



Renovación de la estrategia de salud para todos

Informe del Director General

En la decisión EB93(7) del Consejo Ejecutivo se pide al Director General que le presente en su 96ª reunión, de mayo de 1995, un informe sobre los progresos realizados en la preparación de un proyecto de estrategia actualizada de salud para todos, junto con una reformulación de la misión de la OMS conforme a esa nueva estrategia.

El Equipo de Desarrollo sobre la Política y la Misión de la OMS, establecido en cumplimiento de la recomendación 17, se reunió en agosto de 1994 y propuso la elaboración de una nueva política sanitaria mundial basada en el concepto de salud para todos, con un plazo de aplicación de 25 años. El Equipo señaló que los cambios introducidos en el Noveno Programa General de Trabajo y en el proyecto de presupuesto por programas para 1996-1997 ya cumplían en muchos aspectos las recomendaciones relacionadas con el cambio mundial, especialmente las 2, 3 y 4. En consecuencia, en el presente informe provisional se propone un enfoque combinado del cumplimiento de las recomendaciones 2, 3 y 4 que involucre a todos los interesados en el desarrollo y la aplicación de la nueva política, así como también un plan que permita todas las consultas necesarias.

La nueva política sanitaria mundial propuesta, basada en consultas, indicará lo que se debe hacer para dar un nuevo enfoque a la salud para todos y, por consiguiente, a la misión de la OMS. El marco de consulta sobre la nueva política propuesta se expone en la parte A de este informe y las especificaciones del mecanismo consultivo en la parte B, al objeto de conseguir que la política represente el consenso de los Estados Miembros, de otras organizaciones internacionales y de organizaciones no gubernamentales.

INDICE

	Página
Introducción	3
I. Aplicación de las recomendaciones 2, 3, 4 y 17	3
II. Intervención del Consejo Ejecutivo	4
Parte A. Marco para una política de equidad, solidaridad y salud	6
I. Antecedentes	6
II. Principales influencias en la salud; tendencias hasta pasado el año 2000	10
III. Marco normativo	16
IV. De la política a la acción	22
V. Conclusión	26
Parte B. Proceso de consulta	27
I. Alcance y marco del proceso de consulta	27
II. Introducción de la nueva política sanitaria mundial propuesta	28
III. Calendario propuesto para la formulación de la nueva política sanitaria mundial	28

INTRODUCCION

I. APLICACION DE LAS RECOMENDACIONES 2, 3, 4 Y 17

1. En enero de 1994, el Consejo Ejecutivo examinó las propuestas de aplicación de las recomendaciones 2, 3 y 4¹ y apoyó la actualización de la estrategia de salud para todos, así como la reformulación de la misión de la OMS. Al hacerlo, el Consejo reconoció que el cambio de las situaciones política, económica, sociocultural y sanitaria mundiales que ya había llevado a la formulación de las recomendaciones no había cesado. Ello exigía una revisión a fondo de la estrategia de salud para todos y la elaboración de una nueva política sanitaria; no bastaría con la simple adaptación de unas cuantas metas. En la decisión EB93(7) se respaldaron las medidas adoptadas por el Director General para establecer objetivos específicos y metas operacionales, en particular mediante el Noveno Programa General de Trabajo y el fortalecimiento de la presupuestación por programas. El Consejo pidió además al Director General que en su 97ª reunión, de mayo de 1995, le presentara un informe sobre los progresos realizados en la preparación de un proyecto de estrategia actualizada de salud para todos, junto con una reformulación de la misión de la OMS conforme a esa nueva estrategia.

2. La recomendación 17² llevó al establecimiento del Equipo de Desarrollo sobre la Política y la Misión de la OMS. El Equipo se reunió en agosto de 1994 y, previo examen de las decisiones del Consejo Ejecutivo, propuso la elaboración de una nueva política sanitaria mundial para 25 años. El objeto de esa política sería promover las metas de la estrategia de salud para todos y revisar los elementos que hubieran perdido actualidad debido al cambio de la situación en el mundo.

3. El Equipo de Desarrollo se declaró hondamente preocupado ante las consecuencias que tienen para la salud los fundamentales cambios que están produciéndose en el mundo. Aunque esos cambios, de orden político, económico, ambiental, demográfico y social, ya estaban en marcha en el decenio de 1980, se aceleraron en el periodo que siguió inmediatamente a la terminación de la guerra fría. Ello produjo un rápido menoscabo de las notables mejoras de la situación sanitaria conseguidas en los años que siguieron a la adopción de la estrategia de salud para todos. Aunque las metas de salud para todos siguen siendo pertinentes, el problema ahora es cómo alcanzarlas frente a desafíos tales como la agravación de la pobreza. Habida cuenta de las realidades y las tendencias actuales, es preciso renovar las políticas mundial y nacionales de salud para todos, con los siguientes fines: reajustar la aplicación de las estrategias a la luz de la experiencia adquirida y de los obstáculos presentes; estimular la renovación del compromiso político; establecer nuevas vinculaciones transectoriales; y dotar al sector de salud de los recursos indispensables para el cumplimiento de sus responsabilidades.

¹ 2. «Analizar y definir los objetivos específicos y metas operativas para el año 2000, cuantificadas mediante indicadores precisos, y allegar los recursos apropiados para alcanzarlos. Para ello habrá que aprovechar a fondo el personal y los recursos existentes en las regiones y en los países.

3. En la medida en que las metas no se pudieran alcanzar en el año 2000, proponer estrategias y planes alternativos para reforzar los programas sanitarios con los recursos presupuestarios precisos para alcanzar fines, metas, objetivos y miras mínimos en los años 2005, 2010 o cuando se considere apropiado.

4. Estudiar la posibilidad de organizar talleres internacionales o foros análogos para llegar a un acuerdo sobre cualquier reajuste o reorientación de la estrategia de salud para todos; y hacer hincapié en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades y sus repercusiones con miras a prolongar la vida o los años de vida útil (por ejemplo, invocando la responsabilidad individual y comunitaria).»

² 17. «Examinar la posibilidad de establecer un equipo de formulación de políticas a base de la actual plantilla de personal, con la misión de orientar la visión a largo plazo, la dirección de la política y las prioridades programáticas del sector de la salud y de la OMS.»

4. Por tanto, la acción consiguiente a las recomendaciones 2, 3 y 4 del Grupo de Trabajo sobre la Respuesta de la OMS a los Cambios Mundiales iría en tres direcciones y se escalonaría por fases durante un plazo determinado:

- primero, el Noveno Programa General de Trabajo, adoptado por la resolución WHA47.4, responde a la mayoría de los elementos de la recomendación 2, incluso el análisis y la definición de objetivos específicos y metas operativas para el año 2000, cuantificados mediante indicadores precisos; los tres presupuestos por programas que sucesivamente darán cumplimiento al Noveno Programa General de Trabajo para el periodo 1996-2001 actualizarán regularmente esas metas en la medida en que se apliquen a la labor de la OMS y especificarán y evaluarán los indicadores, lo cual responde en gran parte a la recomendación 3;
- segundo, el proyecto de presupuesto por programas para 1996-1997, el primero que da cumplimiento al Noveno Programa General de Trabajo, combina grupos de actividades con recursos previstos; además, describe actividades para alcanzar las metas del Noveno Programa General de Trabajo centrándose en la solución de los principales problemas de salud y, al hacerlo, precisa la misión de la OMS; el presupuesto por programas de 1998-1999 tratará de alcanzar la mismas metas;
- tercero, la nueva política sanitaria mundial propuesta, conducente a la actualización de la estrategia de salud para todos establecida por la OMS y sus Estados Miembros, proporcionará la orientación y la visión a largo plazo imprescindibles para la planificación sanitaria y responderá a los elementos restantes de la recomendación 3; en respuesta a la recomendación 4, el Equipo de Desarrollo sobre la Política y la Misión de la OMS ha emprendido la elaboración de la nueva normativa.

5. Para renovar y reorientar la estrategia de salud para todos, el Equipo de Desarrollo ha estimado imprescindible un proceso minucioso de consulta con plena participación de los Estados Miembros y de otras entidades que colaboran con la OMS en el desarrollo sanitario. A la hora de elaborar una nueva política hay que tener en cuenta los cambios en los países y las necesidades de éstos; en consecuencia, deberán establecerse nuevos planes de acción a nivel de país. El Equipo de Desarrollo ha propuesto asimismo que se respalde la nueva política y que se anuncie su entrada en vigor mediante un acto especial en 1997 que culmine en la adopción de una «Carta» por la que los Estados Miembros de la OMS se comprometan a la aplicación de dicha política. En la Carta se debería incluir una definición más precisa de la misión de la OMS basada en la nueva política.¹ Para llegar en tan poco tiempo a una política basada en el consenso se ha establecido un plan general que facilitará el proceso de consulta. Ese plan no es un modelo rígido que cada participante tenga que seguir mecánicamente; por el contrario, su objeto es estimular y orientar el proceso. En todos los niveles de la OMS se instruirá a funcionarios para que presten apoyo técnico y logístico a los participantes en el proceso de consulta. En la parte A de este documento se propone un marco para la nueva política; en la parte B se describe el proceso de consulta y se propone un calendario y ciertos mecanismos para emprender dicha política.

II. INTERVENCION DEL CONSEJO EJECUTIVO

6. El Consejo Ejecutivo, previo examen del informe del Director General sobre la renovación de la estrategia de salud para todos y a la luz de sus deliberaciones puede:

¹ Debe señalarse que para involucrar a los comités regionales, consultar con los Estados Miembros y elaborar una política de consenso habría que prolongar en alrededor de un año los plazos propuestos en la decisión EB93(7).

- respaldar las medidas ya adoptadas, y aprobar las propuestas, para la aplicación de las recomendaciones 2, 3, 4 y 17 del informe del Grupo de Trabajo del Consejo Ejecutivo sobre la Respuesta de la OMS a los Cambios Mundiales;
- revisar minuciosamente el marco para una política de equidad, solidaridad y salud propuesto en la parte A, formular observaciones y sugerir los cambios que procedan;
- examinar el proceso y los mecanismos de consulta, incluso la distribución del tiempo, que se detallan en parte B y dar asesoramiento al respecto; y
- hacer una recomendación final al Director General sobre la presentación de la nueva política a la Asamblea de la Salud en mayo de 1995.

PARTE A

MARCO PARA UNA POLITICA DE EQUIDAD, SOLIDARIDAD Y SALUD

7. La «salud para todos» es una meta y una aspiración válida en todo tiempo. Su vinculación al año 2000 ha sido un concepto estimulante en los dos últimos decenios. Sin embargo, a medida que se aproxima esa fecha, aparece como restrictiva, puede ser mal interpretada y, sobre todo, propone un límite de tiempo que no es universalmente aplicable. Pese a ello, los Estados Miembros de la OMS no deben cejar en el empeño por ofrecer a sus poblaciones el grado más alto posible de salud. Ante los nuevos equilibrios políticos, sociales, culturales y ambientales que se manifiestan en el mundo, parece oportuno renovar la estrategia de salud para todos y actualizar los planes de acción de cada país. Al mismo tiempo, todos los organismos interesados, y entre ellos en primer lugar la OMS, deberían reiterar su compromiso de prestar apoyo a los esfuerzos de los países.

8. Debería adoptarse a escala universal una nueva política basada en la equidad y la solidaridad, y respaldada por estrategias técnicas, políticas y económicas apropiadas, que sirviera como objetivo y orientación para la actualización de las estrategias mundiales, regionales y nacionales de salud para todos y para la habilitación de medios y mecanismos que permitan a todos los participantes cumplir su cometido.

9. La política debe basarse en un consenso respecto a conceptos y modos de acción. Para conseguirlo, la OMS está consultando con todas las partes interesadas en sus Estados Miembros y, a escala internacional, con todos los que en principio podrían apoyar en un momento u otro la aplicación de las políticas nacionales: Se ha elaborado un marco normativo que permitirá: responder a las situaciones sanitarias generales e individuales existentes en el mundo; responder a situaciones políticas, económicas, sociales y culturales muy diversas; disponer de un acervo de conceptos e ideas nuevos en materia de desarrollo sanitario; y tener una base para el desarrollo de nuevas políticas nacionales.

10. El objeto de cada una de las secciones que siguen se indica al comienzo para estimular la reflexión y la formulación de observaciones. Se hacen algunas preguntas para que el proceso mental sea constructivo.

I. ANTECEDENTES

Notas para los participantes en el proceso de consulta

El objeto de esta sección es destacar los cambios más cruciales de la situación mundial – transición política y económica, evolución social y cultural y cambios ambientales y demográficos que inciden más en la población y en la pobreza – conducentes a la necesidad de renovar la estrategia de salud para todos y las políticas sanitarias a todos los niveles.

Se pide a los participantes en el proceso de consulta que usen el texto siguiente y propongan modificaciones o especificaciones según la situación que ellos hayan experimentado a nivel nacional o internacional.

1.1 Las nuevas realidades

11. El último decenio del siglo XX se caracteriza por las consecuencias de los dramáticos cambios políticos acaecidos a la terminación de la guerra fría. Esos cambios seguirán teniendo repercusiones hasta bien entrado el siglo XXI. Los llamamientos en pro de la democracia y el buen gobierno, la justicia social y el respeto a los derechos humanos, la puntualización del papel del Estado, la participación incrementada de la comunidad en la adopción de decisiones y el reajuste económico y la transición a economías de mercado son otros tantos factores de cambio que afectan a la vida cotidiana de la población del mundo. Aunque los beneficios de esos movimientos siguen siendo en principio indiscutibles, no cabe duda de que el efecto inmediato es imprevisible en muchos países y el proceso de transición puede ser costoso, largo y duro.

12. Se presiona a los gobiernos para que respeten los derechos humanos, amplíen el proceso democrático y salvaguarden el progreso social. El interés político y la presión popular, a menudo intensificados por los medios de comunicación, hacen que se adopten medidas a corto plazo en detrimento de reformas más duraderas. Los programas sociales luchan contra una escasez creciente de recursos al buscarse una mayor eficiencia económica. El precio suele ser una mayor desigualdad, resultante del recorte de los gastos estatales impuesto por el empeoramiento de la balanza comercial y por el pernicioso - aunque involuntario - efecto de las políticas de reajuste estructural y las reformas económicas.

13. En muchas partes del mundo, el ingreso por habitante ha venido aumentando desde hace 20 años pero la calidad de la vida de mucha gente no ha mejorado. Con demasiada frecuencia, el camino hacia el cambio ha estado esmaltado de conflictos y derramamiento de sangre, de desplazamientos del lugar de origen para llevar la vida penosa del refugiado, de debilitamiento de la legalidad y opresión del ciudadano ordinario, y de lucro incontrolado, sin consideración al bien común.

14. La situación viene agravada por el aumento de la población total del mundo y la consiguiente demanda de servicios de salud. Además, entre 1975 y 1990, el número de personas en situación de extrema pobreza se ha más que duplicado en todo el mundo. Se está ahondando la diferencia entre ricos y pobres, educados y analfabetos y países desarrollados y subdesarrollados. En 1960, los ingresos del 20% más rico de la población mundial era 30 veces más alto que los del 20% más pobre; a principios del decenio de 1990 la diferencia era superior a 60. Por otra parte, la población de los países desarrollados consume por término medio de 10 a 20 veces más recursos naturales que la de los países en desarrollo. La principal línea de división en el mundo actual es la creciente diferencia económica que separa a los ricos de los pobres; éstos no tienen acceso a las ventajas de la democracia ni de la tecnología de desarrollo.

15. Existe una fuerte corriente de capital de las economías industrializadas hacia las de débiles ingresos pero se debe esencialmente a la inversión privada y va a los países con potencial para convertirse rápidamente en exportadores industriales, mercados de gran dinamismo o ambas cosas. Siendo así que la función de la ayuda externa y de la cooperación técnica es cada vez más importante, últimamente ha habido un descenso de los porcentajes de asistencia bilateral dedicada a la salud; ahora bien, el reajuste económico y las reformas normativas no pueden reemplazar al desarrollo sanitario. Es preciso que la comunidad de donantes dedique más recursos al desarrollo sostenible y al alivio de la pobreza, atenciones que a menudo quedan relegadas a pesar de lo dispuesto por la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo y el Programa 21. Además, se precisan recursos adecuados para que la atención a las crecientes necesidades en materia de socorro, mantenimiento de la paz y solución de conflictos no vaya en detrimento de las medidas destinadas a aliviar la pobreza crónica.

16. Sin embargo, se observan algunos signos alentadores. En particular, las poblaciones tienden a ser cada vez más conscientes de la importancia de la salud. Algunas técnicas medicosanitarias, tanto preventivas como curativas, son más asequibles, incluso económicamente. El sistema de las Naciones Unidas, las entidades de Bretton Woods y otras instituciones financieras internacionales influyen como asesores, intermediarios o participantes indirectos en la política de desarrollo y en los asuntos económicos internacionales, y

tienen así una función y una presencia mundiales cada vez más palpables en la salud, con lo cual ésta ha pasado a ocupar un lugar más destacado en el programa internacional de acción. Además, en los 20 años últimos también ha aumentado la influencia y la capacidad recaudatoria de diversas organizaciones no gubernamentales, lo que las hace colaboradoras espontáneas e indispensables en el desarrollo sanitario. La salud ha recibido alta consideración en el consenso respecto a la necesidad de un desarrollo sostenible a que han llegado las importantes conferencias internacionales celebradas para configurar el siglo XXI. Por último, lo más alentador es el reconocimiento de que la salud puede constituir un puente hacia la paz. Es urgente y necesario en todo momento trazar políticas sanitarias que al ser aplicadas contribuyan sensiblemente a la estabilidad y la seguridad mundiales y regionales y que tengan en cuenta la dimensión espiritual de las distintas sociedades.

1.2 Salud para todos en el año 2000: progresos realizados y lecciones aprendidas

Notas para los participantes en el proceso de consulta

En esta sección se recapitulan los progresos realizados durante los 20 años de aplicación de estrategias de salud para todos a escala nacional, regional e internacional.

La información escogida proviene del ejercicio de vigilancia de las estrategias de salud para todos que tuvo lugar en 1994. Se pregunta a los participantes en el proceso de consulta si esa información es en efecto la más esencial y pertinente para el establecimiento de la nueva política.

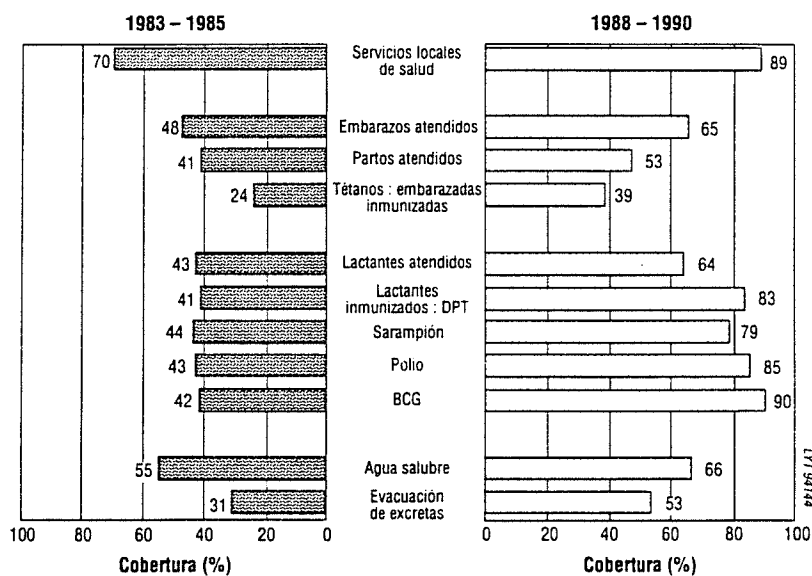
17. La «salud para todos» ha revolucionado el pensamiento a largo plazo sobre la salud y sobre el lugar que a ésta le corresponde en el desarrollo. La atención primaria ha servido de inspiración para todos los sistemas de salud en el mundo, dándoles un impulso que conviene mantener, ya que la meta de salud para todos es hoy más pertinente que nunca. Sin embargo, el modo de alcanzarla debe ajustarse a las condiciones económicas, sociales y políticas ahora imperantes en los países. Aunque la adhesión a los postulados de salud para todos ha persistido y los Estados Miembros han adoptado el criterio de atención primaria descrito en la Declaración de Alma Ata para desarrollar sus sistemas asistenciales, la aplicación de las estrategias correspondientes ha perdido ímpetu en muchos casos. Ello se ha debido no sólo a factores económicos, sino también a la rigidez de los sistemas de salud, la debilidad de la infraestructura, la dificultad de conseguir una participación real de todos los sectores afines y la insuficiencia de los esfuerzos por promover la salud y prevenir problemas sanitarios específicos.

18. La meta de salud para todos se estableció cuando en algunas partes del mundo empezaba un periodo de recesión económica. Ello redujo las posibilidades de una mejora apreciable y sostenible del sector. Además, en los primeros momentos de entusiasmo se subestimó la importancia de algunos obstáculos. Por ejemplo, a menudo la salud no era un importante asunto en cartera a nivel ministerial y constituía una de tantas atenciones más o menos prioritarias para la distribución de recursos nacionales e internacionales. Existe además un considerable acervo de experiencia demostrativa de que la implantación de la atención primaria es mucho más compleja y difícil de lo que se pensaba, sobre todo en un momento en que la tecnología avanzada de salud acapara la atención internacional. También se subestimó la importancia de la participación de la comunidad y la determinación a nivel local de las prioridades y los programas. La enorme diversidad de los problemas que inciden en la salud y la forma en que las soluciones tienen que variar de una comunidad a otra y a través de todo el espectro de países desarrollados y en desarrollo hacen que sean esenciales la descentralización y la determinación de prioridades a nivel local.

19. En general, los indicadores de acceso a la atención primaria de salud, por ejemplo la cobertura de inmunización, la asistencia por personal capacitado, el abastecimiento de agua y el saneamiento, y la atención

curativa básica, han mejorado. En ciertos aspectos se han reducido considerablemente las diferencias entre países desarrollados y en desarrollo, aunque la mejora no ha sido tan satisfactoria en algunos de los países menos adelantados, y la pobreza sigue constituyendo un obstáculo importante en el camino hacia la salud para todos. En vez de culpar a las víctimas, ha de prestarse apoyo suplementario a los países que experimentan dificultades. El control estricto de tendencias en ciertos programas de inmunización revela signos inquietantes de estancamiento, e incluso de retroceso en algunos países de la Región de África. Tras haberse alcanzado la meta de cobertura del 80% en 1990 se han observado a veces sensibles descensos o ha cesado la mejora constante experimentada en años precedentes. Todo parece indicar que ello se debe a la repercusión de la inestabilidad económica y política en sistemas de salud periféricos que ya eran frágiles. En condiciones de inestabilidad y pobreza eso, unido al descenso de la esperanza de vida, obliga a los países a hacer un análisis urgente de las tendencias más recientes, como parte de la renovación de sus políticas y estrategias de salud para todos. En la figura 1 se indican los niveles de cobertura de los distintos elementos de la atención primaria de salud.

**FIGURA 1. ATENCION PRIMARIA DE SALUD DISPONIBLE
- AL MENOS LOS ELEMENTOS ESENCIALES -
PAISES EN DESARROLLO, 1983-1985 Y 1988-1990**



20. También se han conseguido mejoras del **estado de salud**: la esperanza de vida al nacer en los países en desarrollo ha pasado de alrededor de 40 años en 1950 a más de 62 en 1990, y en los países desarrollados de más de 66 años a 74 durante el mismo periodo; en los primeros de esos países, la tasa de mortalidad infantil pasó de 179 por 1000 en 1950 a 70 por 1000 en 1990, y en los segundos de 59 por 1000 a 10 por 1000 en el mismo periodo. Sin embargo, hay todavía 53 países, que representan el 13% de la población mundial, donde la esperanza media de vida al nacer es inferior a 60 años. Además, en algunos países ha habido una baja relativa de la esperanza de vida achacable a la crisis económica que acompañó a los rápidos cambios políticos de los últimos años. A escala mundial, la mortalidad infantil ha seguido disminuyendo. Sin embargo, el promedio de 64 defunciones por 1000 nacidos vivos oculta grandes diferencias de la tasa, que va de 10 por 1000 en los países desarrollados a 110 por 1000 en los países menos adelantados. Hay algunos indicios de que la mortalidad infantil está aumentando en ciertos países de la Región de África, siendo más vulnerables las niñas, pero en cambio parece que aumenta la esperanza de vida para las mujeres. Según cálculos efectuados a fines del decenio de 1980, la mortalidad materna en el África subsahariana era

tres veces mayor que en el conjunto de las regiones menos adelantadas y casi 150 veces mayor que en las regiones desarrolladas.

I.3 Preparación para el siglo XXI

Notas para los participantes en el proceso de consulta

El objeto de esta sección, que se completará ulteriormente previa consulta, es destacar la prioridad que ahora se concede a la salud en el mundo; el derecho del individuo a la salud; la importancia de la igualdad de acceso a los servicios; el equilibrio en la promoción y la protección de la salud; las responsabilidades del gobierno; y la participación individual, comunitaria y estatal.

Es, por tanto, esencial que los participantes en el proceso de consulta examinen posibles opciones para esta sección tras el análisis efectuado de la situación y antes de pasar a las secciones III y IV, y expongan sucintamente las principales dificultades que tendrán que vencer para llegar a la salud para todos en los próximos 20 a 25 años. Esta sección se completará después de la consulta para no predeterminar los resultados e impedir una influencia excesiva de los participantes en el proceso.

II. PRINCIPALES INFLUENCIAS EN LA SALUD; TENDENCIAS HASTA PASADO EL AÑO 2000

II.1 Influencias políticas, económicas, ambientales, sociales y culturales en la salud y en los sistemas sanitarios

Notas para los participantes en el proceso de consulta

En cada país o grupo de países habrá determinadas influencias políticas, económicas y socioculturales que son poderosos determinantes de la situación sanitaria. En el texto que sigue se indican algunos de esos determinantes y la evolución que podrían tener en los dos próximos decenios. Se pide a los participantes en el proceso de consulta que analicen la exactitud de las observaciones que siguen y que las completen cuando fuere necesario.

21. La **libertad política** conduce a un aumento de la demanda de servicios más equitativamente distribuidos y de mejor calidad, y de una mayor participación en las decisiones respecto a las prioridades de acceso a los servicios de salud. La disponibilidad de **información** seguirá aumentando en el mundo, lo que mostrará con mayor rapidez las novedades a un número cada vez mayor de personas y difundirá ciertas formas de educación, aunque sea sin efecto alfabetizador. Como la tecnología de información sirve para mejorar la salud pública, puede hacer aumentar las expectativas de la gente hasta más allá de lo que razonablemente puede alcanzarse para todos en un futuro próximo. En muchos países se han introducido hace poco cambios de la **política económica**, a menudo con objeto de extender los mercados comerciales. Los riesgos de una comercialización intensiva de la tecnología sanitaria están bien demostrados en el sentido de que se estimula el aumento del consumo a expensas de otros servicios que pueden ser más eficaces por relación al costo. En principio, el **crecimiento económico** debería promover la salud al introducirse mejoras en la vivienda, la nutrición y los servicios; ahora bien, sus beneficios se deberían distribuir equitativamente y al mismo tiempo se deberían prevenir, mediante políticas económicas sostenibles, los efectos sanitarios adversos asociados con la destrucción de los recursos naturales. En cualquier caso, durante el pasado decenio ha

habido un **empeoramiento económico en 47 países**. La política de reajuste estructural en muchos países en desarrollo puede seguir exigiendo un estricto control del gasto público en sanidad y servicios sociales, a menudo en detrimento de las poblaciones pobres que dependen de servicios subvencionados o gratuitos.

22. La tasa media anual de **crecimiento de la población**, que fue del 1,57% en 1990-1995 podría descender lentamente hasta el 1,0% en los años 2020-2025. Ese descenso no debe utilizarse para ocultar la amenaza que plantea el aumento real de la población del mundo, que podría situarse entre 7600 millones y más de 9000 millones de habitantes en el año 2025. Eso irá acompañado de una rápida urbanización en los países en desarrollo; se calcula que la **población urbana** aumentará hasta el 61% del total mundial para el año 2025. El crecimiento de la población a menudo contrarresta las mejoras de la cobertura de los servicios de salud; en efecto, aunque el porcentaje de cobertura aumenta, también lo hace el número efectivo de personas que carecen de ella.

23. Las **migraciones** de todo tipo, incluso las debidas a causas ambientales y económicas, siguen siendo motivo de creciente inquietud. La población mundial de **refugiados** ha pasado de 2,5 millones en 1970 a más de 18 millones actualmente. Hay por lo menos 24 millones de personas desplazadas dentro de sus países de origen y residencia. Es preciso dedicar más atención a los planes de preparación para desastres, la constitución de depósitos de suministros y otras medidas preparatorias que mitiguen los daños para la salud y la propiedad ocasionados por desastres naturales o provocados por el hombre.

24. El aumento de la asistencia a las escuelas primarias debería conducir a una fuerte subida de las tasas de **alfabetización** en el mundo en desarrollo, con la consiguiente mejora de la salud pública. Sin embargo, habida cuenta del aumento previsto de la población, las proyecciones del número mundial de analfabetos para fines del siglo se sitúan en 1000 millones. En la actualidad hay alrededor de 600 millones de mujeres analfabetas, y las tasas de analfabetismo son más altas en las zonas rurales que en las urbanas. Esas mujeres tienen pocas probabilidades de mejorar su educación.

25. Aunque en todo el mundo ha mejorado la disponibilidad de **agua salubre y saneamiento adecuado**, las diferencias al respecto son buena prueba de las que existen entre las regiones en las condiciones de vida determinantes del estado de salud. Por ejemplo, el 54% de la población del África subsahariana sigue careciendo de agua salubre y el 64% de saneamiento adecuado.

II.2 Transición epidemiológica, situación sanitaria y tendencias

Notas para los participantes en el proceso de consulta

En esta sección se describen elementos selectos de la actual situación sanitaria según se desprenden de la segunda evaluación de la aplicación de la estrategia mundial de salud para todos.¹ Se refiere a la transición epidemiológica y a la situación que cabe esperar según las proyecciones establecidas. Se destacan los cambios biomédicos y tecnológicos y se analizan nuevos conceptos que influyen en aspectos diversos de la salud pública. Se pide a los países que introduzcan indicadores positivos de salud cuando sea posible.

Esta es una sección clave que sólo se puede completar con información analítica facilitada por los participantes en el proceso de consulta, a la luz de su experiencia en materia de salud y tendencias de la estrategia de salud, así como de los datos científicos de que dispongan. Para responder pueden ajustarse al esquema que sigue o suministrar información adicional.

¹ En el próximo Informe de la OMS sobre la salud en el mundo se proporcionarán datos suplementarios.

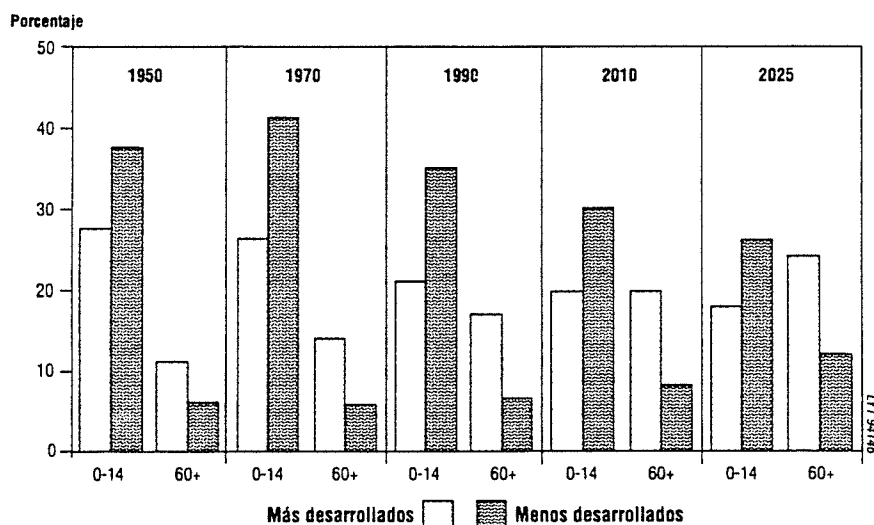
26. La situación sanitaria mundial ofrece un cuadro complejo, con notables diferencias entre las regiones tanto en la distribución como en la importancia de la carga de morbilidad. Revela que para la gente son a menudo escasas las posibilidades de llevar una vida social y económicamente productiva.

Situación sanitaria: tendencias

27. Pese al aumento de la esperanza de vida en todas las regiones en desarrollo, la evolución de la situación sanitaria ha sido más favorable en unos países que en otros, y muchos de los más atrasados siguen dependiendo del apoyo externo para su «despegue» en materia de salud. En 1950, estos últimos llevaban sólo cinco años de retraso por comparación con el conjunto de los menos desarrollados en lo que respecta a **esperanza de vida** (36 y 41 años respectivamente) pero a principios del decenio de 1990 la diferencia se había doblado para situarse en más de 10 años (51 y 62 respectivamente).

28. En 1950, la **mortalidad de lactantes** en las regiones situadas en el punto más bajo de la escala de desarrollo era sólo de un 8% más alta que la del conjunto de las regiones en desarrollo (194 frente a 179 por 1000) pero en 1990 era casi un 60% más alta (110 frente a 70 por 1000). Se calcula que el descenso de la **mortalidad de lactantes y niños** será menos acentuado en el África subsahariana que en Asia oriental y América Latina, debido en gran parte a la pandemia de SIDA. El descenso previsto de la mortalidad de lactantes (incluso la perinatal) y niños se basa en el supuesto de que habrá una mejora, aunque modesta, de las condiciones socioeconómicas y una ampliación de la cobertura mediante técnicas tales como las de planificación de la familia, inmunización, rehidratación oral y tratamiento apropiado de las infecciones respiratorias agudas. Al mismo tiempo, las proyecciones indican un aumento de la proporción de personas de más de 60 años de edad, lo que arroja el perfil típico indicado en la figura 2.

FIGURA 2. PORCENTAJES DE POBLACION DE 0 A 14 AÑOS, Y DE 60 AÑOS DE EDAD EN ADELANTE

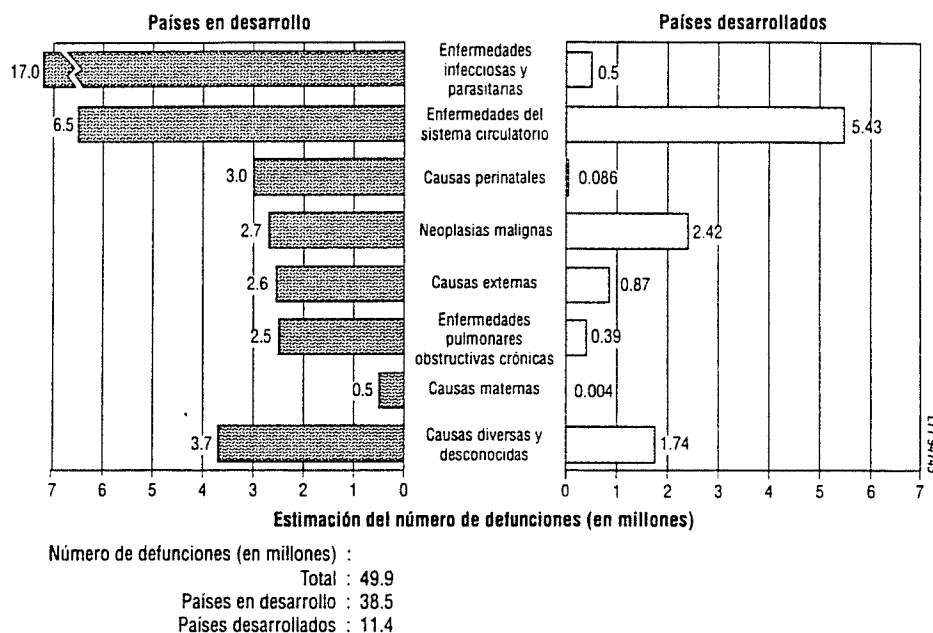


Fuente : Perspectiva Mundial, Naciones Unidas (revisión de 1992).

29. En los últimos años ha habido no sólo una transición demográfica y socioeconómica, sino también una **transición epidemiológica**. Este término se refiere al proceso por el cual los países en desarrollo han empezado a presentar las características de morbilidad tradicionalmente asociadas a los países más desarrolla-

dos. En la figura 3 se resumen las causas de mortalidad en países desarrollados y en países en desarrollo. Muchas, aunque no la mayoría, indican altas tasas de mortalidad infantil, así como morbilidad y mortalidad debidas a enfermedades transmisibles y no transmisibles.

FIGURA 3. ESTIMACION DEL NUMERO ANUAL DE DEFUNCIONES, POR CAUSAS, EN PAISES EN DESARROLLO Y PAISES DESARROLLADOS, 1990



30. Las tendencias varían de un país a otro y de una región a otra pero las causas previstas más significativas de mortalidad y morbilidad, particularmente en el mundo en desarrollo son:

- **Enfermedades respiratorias:** a medida que disminuyen las defunciones infantiles por enfermedades prevenibles mediante vacunación aumenta en la mortalidad total la proporción de defunciones debidas a infecciones respiratorias agudas, inclusive la neumonía. La **tuberculosis pulmonar** seguirá aumentando debido a la reactivación de la enfermedad en las personas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). **Enfermedades diarreicas:** aunque hay tratamientos para estas enfermedades, son pocos los progresos que pueden realizarse mientras los pacientes sigan encontrándose en un entorno insalubre. En cuanto al **paludismo**, la situación es estacionaria en muchas regiones y está empeorando en otras, particularmente donde hay nuevos asentamientos. Casi el 90% de las **infecciones por VIH** y los casos de SIDA previstos en el presente decenio se producirán en los países en desarrollo. Antes del año 2000 se eliminarán probablemente la **lepra**, la **dracunculosis** y la **poliomielitis**.
- **Malnutrición:** sólo un cambio sostenido de la calidad y la inocuidad de los medicamentos, respaldado por buenos programas de educación nutricional, producirá una diferencia duradera. Las **enfermedades cardiovasculares** seguirán siendo la principal causa de mortalidad durante el próximo decenio. El **cáncer** será una causa cada vez más importante de mortalidad entre los adultos, tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo. Los **trastornos mentales** seguirán representando un destacado problema de salud pública; además, a medida que la población envejece aumenta la prevalencia de trastornos tales como la demencia.

- Los **accidentes del trabajo** aumentarán, así como **desastres tecnológicos** de importancia, como los que ya se han producido en las industrias nuclear, química y petroquímica. La mortalidad y la discapacidad por **accidentes de tráfico** seguirán aumentando en muchos países en desarrollo.

Sistemas y recursos de salud

31. En las regiones y países menos desarrollados, la mejora de la disponibilidad de servicios sigue siendo el principal objetivo, que se podría promover mediante una **descentralización** minuciosamente planificada. El deseo de **mejorar el rendimiento** y la calidad acarreará otras mejoras, como una cooperación intersectorial más estrecha, el establecimiento de métodos de análisis y revisión, y la solución de problemas. La dificultad señalada más frecuentemente por los países a la hora de aplicar la estrategia de salud para todos es la escasez de **personal de salud** calificado y competente, pese a que la importancia numérica del personal de todas las categorías ha venido aumentando más deprisa que los presupuestos de operaciones; el problema viene de la mala combinación y distribución del personal. La reforma del sector público seguirá configurando los recursos humanos para la salud.

32. Se mantendrá el creciente interés por ensayar y desarrollar diversos **planes de financiación** del sector de la salud, por ejemplo seguros de enfermedad, seguridad social, pago por servicio prestado y mecanismos de atención sanitaria con apoyo de la comunidad. La **gestión atenta al costo** cobrará cada vez más importancia en el sector de salud.

Acción comunitaria, modos de vida sanos e higiene del medio

33. Se fomentará la **participación de la comunidad**: el individuo participará plenamente en el proceso de salud, desde la determinación de las necesidades, el establecimiento del orden de prioridad, la planificación y la ejecución, hasta la evaluación de la labor realizada para el mejoramiento de su propia salud. Los gobiernos, el sector de la salud y los grupos corporativos no aprovechan como es debido esa participación.

34. Es de esperar que muchos países dediquen más atención a los diversos factores de la **calidad de la vida**, especialmente la nutrición sana, la actividad física, el bienestar como indicador de una calidad de vida adecuada, la reducción del consumo de tabaco y de bebidas alcohólicas, la higiene de la reproducción, la protección contra las enfermedades de transmisión sexual, la planificación de la familia y la prevención del embarazo en la adolescencia.

35. La creciente población mundial hace aumentar la demanda de agua, siendo así que los **recursos hídricos** para usos humanos, agrícolas e industriales están disminuyendo. Los residuos tóxicos **contaminan** la tierra y pasan a los sistemas de abastecimiento de agua. La contaminación de ésta por excretas humanas causa enfermedades, al igual que la contaminación del aire por óxidos de azufre y nitrógeno u otras sustancias. Las medidas que ahora se están adoptando para limitar las emisiones tendrán poco efecto apreciable en el próximo decenio. En el siglo XXI habrá que seguir combatiendo las consecuencias ambientales de la industrialización, la producción de energía, las prácticas alimentarias y agrícolas y la urbanización, como determinantes destacados de la salud humana.

Cambios biomédicos y tecnológicos

36. Las investigaciones sobre vacunas, productos farmacéuticos y equipo clínico resultan cada vez más onerosas, con lo cual el precio del producto acabado queda fuera del alcance de los países en desarrollo. Habrá que hacer cambiar de signo la tendencia hacia el aumento del costo de los tratamientos contra enfermedades que afectan a menos personas. Sólo el 5% de los gastos mundiales en investigaciones médicas está relacionado con las necesidades de los países en desarrollo, que sufren el 93% de la mortalidad prematura en el mundo. La distancia entre los conocimientos y su aplicación práctica es mayor que nunca. La

aplicación racional de los conocimientos existentes es esencial para la mejora de cualquier estrategia nacional o internacional renovada.

37. Los rápidos avances en sectores tales como la biotecnología y la ingeniería biomédica plantean graves problemas de orden ético, social, jurídico y económico. Es más importante que nunca la implantación de **salvaguardias y métodos éticos** para proteger los derechos del individuo y la comunidad frente a la tecnología sanitaria. Previo consenso internacional, deben establecerse normas éticas por países en lo tocante a investigaciones con sujetos humanos, trasplante de tejidos fetales, manipulación y asesoramiento genéticos, trasplante de órganos, fecundación *in vitro*, trasplante de embriones y otros asuntos. También por consideraciones de ética deberán establecerse sistemáticamente mecanismos nacionales para controlar y regular la aplicación de tecnología y suprimir la que sea inapropiada.

II.3 Capacidad de los países para atender las necesidades de salud de sus poblaciones

Notas para los participantes en el proceso de consulta

Para adaptarse a las tendencias precitadas, los países habrán de tener capacidad de respuesta al cambio de la situación y las necesidades sanitarias de sus poblaciones. Por capacidad se entiende no sólo la existencia de economía básica, infraestructura y recursos humanos adecuados, sino también la voluntad de desplegar una acción eficaz. El logro de la autorresponsabilidad en el desarrollo socioeconómico es una importante meta para todos los países a la hora de asegurar la estabilidad y la seguridad del sector de la salud.

Esta sección se completará después de la consulta. Se trata de demostrar la diversidad de las respuestas de los países a las crecientes necesidades en materia de salud. Las evaluaciones de la estrategia de salud para todos han demostrado que es imprescindible mejorar la capacidad de los países. Los participantes en el proceso de consulta deberán manifestar su parecer respecto al cambio de la situación sanitaria en los distintos países y a las estrategias para atender las necesidades de salud de la población durante los dos próximos decenios.

II.4 Capacidad internacional para atender las necesidades de los países

Notas para los participantes en el proceso de consulta

Los principales factores que influyen en la salud y sus tendencias son muy específicos, y la capacidad internacional para atender las necesidades de los países habrá de seguir adaptándose en consecuencia. En primer lugar, la OMS no sólo ha modificado su orden de prioridad interno, sino que además ha adaptado sus criterios de gestión a las solicitudes y prioridades de los países. Al mismo tiempo, otros organismos del sistema de las Naciones Unidas han concedido mayor importancia a la salud y muchas organizaciones no gubernamentales y entidades geopolíticas y económicas regionales están pasando a ser útiles colaboradores de los países en el desarrollo sanitario.

Los países participantes en el proceso de consulta deberán señalar lo que opinan sobre el apoyo internacional, en particular el de la OMS, a la mejora de su propia capacidad.

38. Durante los próximos decenios será cada vez mayor el número de países que necesiten apoyo internacional y colaboración de otros que se encuentren en circunstancias análogas. Se han manifestado dudas sobre la eficacia de la cooperación multilateral y bilateral y la motivación correspondiente durante los tres últimos decenios. Sin embargo, en los últimos años se ha observado a escala internacional en el sector de la salud un encomiable aumento del apoyo prestado por un número creciente de organizaciones a la mejora de la capacidad de los países. El aumento de los recursos transferidos no es el único indicador de un resultado satisfactorio; a menudo, con unos pocos recursos pueden conseguirse avances trascendentales, como ocurrió con la lista modelo de medicamentos esenciales y el partógrafo de la OMS. La posibilidad para los países de adaptar las experiencias de otros a su propia situación es también un método eficaz y de bajo costo.

III. MARCO NORMATIVO

III.1 Prioridades de estrategia

Notas para los participantes en el proceso de consulta

El objeto de esta sección es señalar en líneas generales las bases de la nueva política y la finalidad última de la consulta. Los resultados de este proceso no se deben anticipar, por lo que se pregunta a los participantes si las prioridades de estrategia que seguidamente se indican pueden eliminar las diferencias de desarrollo sanitario que siguen observándose después de 20 años de existencia de la meta de salud para todos.

39. El objeto general de la política de equidad, solidaridad y salud es ayudar a los países en la determinación de sus prioridades y en la elección entre muchas orientaciones políticas diversas. A tal efecto se prevé concentrarse en cuatro prioridades de estrategia:

- reducir la pobreza y sus repercusiones sanitarias, y asegurar la igualdad de acceso, utilización y prestación del sistema de salud;
- asegurarse del lugar de la salud en el marco general de desarrollo, incluso una financiación de los sistemas de salud basados en la atención primaria que sea adecuada, equitativa y constante;
- asegurarse de la aplicación racional de los conocimientos y la tecnología existentes al proceso de desarrollo sanitario; y
- movilizar a los que tienen medios de intervención en la labor sanitaria internacional, según sus mandatos y su capacidad, bajo la coordinación de los países y con el apoyo de la OMS.

III.2 Principios normativos

Notas para los participantes en el proceso de consulta

El objeto de esta sección es determinar los principios que asegurarán, durante los dos próximos decenios, los cambios en que puede basarse la nueva política de equidad, solidaridad y salud.

Se pide a los participantes en el proceso de consulta que examinen los siguientes principios normativos y reflexionen sobre su idoneidad para una política internacional conducente a la renovación de las políticas nacionales.

40. Siguen siendo válidos los principios que han conducido a los países durante los dos últimos decenios hacia la salud para todos, creando oportunidades que han estimulado el establecimiento de una serie de nuevos conceptos y modelos de salud pública. La necesidad de suprimir desigualdades, asegurar la solidaridad y promover la constitución de nuevas asociaciones ha conducido a la determinación de los valores y principios en que debe basarse la nueva política. La aprobación de esos principios por la comunidad internacional implica la orientación de la asistencia financiera y técnica hacia los países más necesitados.

41. Las políticas de salud para todos y las estrategias de aplicación deben seguir siendo **específicas para cada país**, en vista de la diversidad de necesidades y problemas, y de recursos financieros y humanos para hacerles frente. El logro de la salud para todos depende de la voluntad y el liderazgo políticos. El apoyo de la comunidad internacional ha de tener ahora en cuenta esas realidades mucho más que antes; en particular, la asistencia multilateral y bilateral al desarrollo habrá de ajustarse a las necesidades y prioridades de los países beneficiarios, más bien que a los intereses específicos de los donantes.

42. Para que la salud para todos pase de concepto a meta alcanzable, los países deben redefinir los criterios nacionales y locales de manera que permita **reducir las desigualdades** del estado de salud, mejorar la disponibilidad de atención primaria y evitar riesgos importantes para la salud. Para que los factores demográficos, políticos, económicos, ambientales y sociales influyan en la salud de manera efectiva hace falta un **enfoque intersectorial** del desarrollo humano. Aunque la acción intersectorial ha sido siempre un componente básico de la salud para todos y la atención primaria, es poco lo que se ha conseguido hasta ahora.

43. Los países deberían definir y cuantificar los factores que determinan **el carácter sostenible** de los progresos hacia la salud para todos y en particular la **asequibilidad financiera** de sus políticas y sus necesidades en materia de **recursos humanos**. Eso supone dedicar medios a las atenciones prioritarias locales y elegir las medidas más eficaces para el desarrollo a largo plazo, en vez de centrarse en los resultados a corto plazo; supone asimismo la **responsabilidad** de todos los involucrados y la práctica regular de las evaluaciones necesarias. Deben dedicarse medios abundantes a la mejora de la capacidad pública para regular la diversidad de proveedores y organismos de financiación. Partiendo de que el logro de la salud para todos es una tarea de toda la sociedad, tanto las políticas como las estrategias de ejecución correspondientes deben prever un máximo de **participación de la comunidad**, empezando por la adhesión nacional en el orden político, social y financiero. Mediante directrices claras de política y administración se regulará la participación de todos los interesados, incluso los de la periferia.

44. Salud para todos significa «salud por todos» en un espíritu firme de **solidaridad y asociación** en el desarrollo y la aplicación de la política correspondiente. Los responsables del sector de salud habrán de ir a la cabeza en la promoción del proceso y el suministro de información técnica y orientaciones; el personal sanitario habrá de aprender a trabajar con sus colegas de otros sectores, y viceversa; los **líderes políticos nacionales** de los niveles superiores deberán atender no sólo las necesidades de sus propias poblaciones sino también, en un espíritu de solidaridad internacional, las que trasciendan de las fronteras nacionales. En el logro de la salud para todos deben asimismo participar: las altas **autoridades normativas y decisorias nacionales** de todos los sectores económicos y sociales cuya acción tenga repercusiones en la salud; los líderes y representantes de la **opinión pública** de todo nivel, incluso los religiosos; los profesionales y las autoridades académicas de todos los sectores relacionados con la salud; los representantes de las **organizaciones no gubernamentales locales y nacionales** dedicadas al desarrollo social y económico y en particular a actividades en favor de los más necesitados; y la **comunidad internacional** de entidades multilaterales, bilaterales y no gubernamentales cuyas metas tengan una dimensión de desarrollo humano en los aspectos económico y social.

III.3 Principales orientaciones de política

Notas para los participantes en el proceso de consulta

La nueva política de equidad, solidaridad y salud seguirá orientaciones fundamentales que reafirmen la salud para todos y destaquen que la salud es un derecho humano fundamental y una meta social para todo el mundo. Sin embargo, la nueva política, basada en los resultados de 20 años de aplicación de la estrategia, debería centrarse en la promoción de la salud para todos teniendo en cuenta los nuevos problemas y deficiencias que se han detectado. En consecuencia, se han escogido las cuatro orientaciones principales de política que se resumen en esta sección.

Los participantes en el proceso de consulta deberán analizar esas orientaciones de política con vistas a promover la meta de salud para todos y determinar qué contenido específico se podría incorporar a las principales líneas de acción que seguidamente se describen, para asegurar que la política mundial de equidad, solidaridad y salud sea adaptable a las diversas situaciones nacionales o regionales.

45. Durante los 20 años últimos han sido eficaces como orientación los ocho elementos esenciales de la atención primaria de salud, a saber: educación respecto a los problemas de salud corrientes y métodos de prevenirlos y combatirlos; promoción del suministro de alimentos y la buena nutrición; abastecimiento adecuado de agua salubre y saneamiento básico; salud de la madre y el niño incluida la planificación de la familia; inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; tratamiento apropiado de enfermedades y traumatismos comunes; y provisión de medicamentos esenciales. Sin embargo, la experiencia indica que al tiempo que aparecen nuevas atenciones algunos elementos quedan a la zaga, lo que ocasiona un desequilibrio en los sistemas de atención primaria de salud. Ahora bien, el éxito alcanzado en algunos aspectos debería permitir a las autoridades dirigir su atención a otros problemas, como es el aumento mundial de la población de personas de edad. La nueva política debería reforzarse mediante las cuatro líneas de acción principales que se exponen seguidamente, a saber: acción política en pro de la salud; protección y promoción de la salud; desarrollo, reforma y gestión del sistema de salud; y lucha contra la enfermedad.

a) Acción política en pro de la salud

46. El concepto de salud para todos ha permitido comprender mejor la decisiva contribución de las medidas de ese sector a la actividad económica, el mejoramiento del entorno humano y el desarrollo en general. Sin embargo, en la mayoría de los países ese reconocimiento no se ha traducido debidamente en una **adhesión política**. La atención primaria se ha de plasmar en políticas que no sólo determinen el cometido del sector de la salud e indiquen la asignación posible de recursos, sino que acepten además la **responsabilidad por la salud** al más alto nivel estatal. Esa adhesión debe abarcar la reducción o la eliminación de los riesgos sanitarios, particularmente para los grupos de población más vulnerables, y especificar las metas que guardan relación con la salud en todos los sectores. La adhesión política depende del liderazgo técnico y de las iniciativas del sector sanitario para definir las responsabilidades de otros sectores relacionadas con la salud y promover la política sanitaria. Debería abarcar asimismo una **estrategia financiera** general para el desarrollo de la salud en los países, con participación de los ministerios interesados, por ejemplo los de hacienda, planificación, desarrollo económico, agricultura, comercio y educación.

47. El primer objetivo para la OMS y sus Estados Miembros será lograr un consenso internacional respecto a la importancia de la **salud en el desarrollo**, así como el apoyo de la comunidad internacional en lo que respecta a orientación técnica y solidaridad. Ese consenso se traducirá en acción política a nivel de país mediante mecanismos reguladores de mantenimiento y protección de la salud, cooperación financiera y

técnica coordinada para el desarrollo sanitario, e inclusión de la salud en los programas de las reuniones internacionales en la cumbre.

48. El segundo objetivo será conseguir que los responsables del sector de salud asuman una función de liderazgo más activa y confiada a la hora de determinar y señalar los efectos y las oportunidades de salud en el medio donde la gente vive y trabaja, y mejorar la capacidad para analizar los efectos sanitarios de las actividades de desarrollo e influir en las políticas estatales de desarrollo, así como en las decisiones respecto a recursos.

b) Protección y promoción de la salud

49. Para las autoridades normativas sigue existiendo el riesgo de que la política macroeconómica o las relativas a agricultura, industria, energía y comercio entren en conflicto con la necesidad de **proteger al público mediante medidas legislativas y reglamentarias** contra los efectos secundarios nocivos de dichas políticas. Debido al conocimiento cada vez mayor de la contribución del modo de vida a la buena salud se procura con empeño analizar los determinantes de uno y otra. Aunque el comportamiento sano no siempre es cuestión de oportunidad y opción personal, puede ejercerse una influencia razonable en el modo individual de afrontar y resolver conflictos y promover la responsabilidad, sin culpar a los afectados. Seguirá siendo esencial la **educación sanitaria y la promoción de la salud** mediante una amplia difusión del rápido efecto positivo que tienen en la salud los modos de vida apropiados, por ejemplo la abstención del uso de tabaco, la higiene bucodental y el comportamiento sexual sin riesgo. Además de la inmunización y otras medidas para proteger la salud del niño, en particular el fomento de la lactancia natural y el destete adecuado, el sector de salud debe conceder atención a la **prevención primaria**. A medida que se dispone de mejores métodos, los países deberían reorientar las asignaciones de recursos hacia estrategias y programas que respondan a la necesidad de prevenir la enfermedad, no sólo como medida de economía, sino también como medio de limitar los sufrimientos humanos. Se concederá alta prioridad a la acción puntual en escuelas y comunidades.

50. Es preciso promover aún más la **condición jurídica y social de la mujer** dando a ésta conocimientos teóricos y prácticos básicos, facilitándole el acceso a los servicios y haciéndola participar en el desarrollo en condiciones de igualdad.

51. El sector de la salud debe establecer vínculos más estrechos con otros sectores, por ejemplo el de **medio ambiente**, difundiendo al efecto la evaluación y la vigilancia de repercusiones en la salud, así como participando en la formulación de políticas específicas relacionadas con la salud para cada sector de desarrollo, lo que permitiría prevenir las consecuencias sanitarias adversas de las actividades de desarrollo y promover un entorno favorable a la salud. El cometido de las autoridades normativas y los especialistas del sector sanitario es proteger la salud de las poblaciones, en particular los grupos más vulnerables, que son los que quizá tengan poca influencia en las condiciones del entorno. Por ejemplo, la **industrialización y el comercio incontrolados** pueden crear condiciones físicas, químicas, biológicas y psicológicas que ocasionen problemas de salud a corto o a largo plazo. Esos problemas pueden traducirse en **discapacidad**, que también es ocasionada por trastornos visuales, auditivos, locomotores o mentales. Las secuelas de la discapacidad y los traumatismos para el sector de la salud y otros con ésta relacionados deberían recibir más atención en muchos países, especialmente en los que están en vías de rápida industrialización, donde la gente discapacitada queda a menudo reducida a la pobreza.

c) Desarrollo, reforma y gestión del sistema de salud

52. El mayor desafío a la hora de fortalecer los sistemas de salud de manera que eliminen las desigualdades y sean sostenibles, rentables y culturalmente adecuados sigue siendo asegurar el **acceso** a la salud de los grupos que más lo necesitan. Ya hay reformas en curso en muchos países pero todavía deben atacarse algunos problemas clave. En general, los países tienden a la descentralización de los servicios de salud. Una

dificultad considerable es reorientar los recursos de servicios centralizados y esencialmente curativos hacia otros niveles del sistema. Los aspectos de **acceso, igualdad y ética** revisten suma importancia en el desarrollo de **alta tecnología y productos farmacéuticos**.

53. La **participación de la comunidad** en el desarrollo del sistema de salud es un principio fundamental de la estrategia de salud para todos. Los programas que reorientan la atención y los recursos hacia grupos determinados, por ejemplo la población rural y urbana pobre, deben ser coordinados con la comunidad a fin de puntualizar problemas, idear soluciones y recabar el concurso local a la hora de la ejecución. Los principios de la propiedad aconsejan que los programas emanen de la propia comunidad. Las actividades tradicionalmente pertenecientes al sector de salud se deben reasignar a otros sectores, si la solución de los problemas se encuentra allí, y viceversa, basándose en la estrecha relación humana que existe a nivel comunitario.

54. Una **mejor gestión** en el sector de salud es fundamental para que haya más igualdad; se precisa una administración más eficiente, mayor responsabilidad ante la población y mejor calidad y rendimiento de los servicios. También es necesario un sistema de información sobre gestión en salud pública. Hay importantes dificultades que vencer en materia de **formación, condiciones de empleo y distribución del personal sanitario**. La formación teórica y práctica en otros sectores debería tener en cuenta los aspectos de salud, y a la inversa. Se han empezado a introducir reformas en el uso de los recursos pero debe prestarse mayor atención a los mecanismos alternativos para costear la prestación de servicios de salud que promuevan la igualdad y tengan en cuenta que los gastos domésticos en atención sanitaria han de ser racionales.

55. La **integración de programas específicos**, por ejemplo los de inmunización, lucha contra las enfermedades transmisibles y no transmisibles, nutrición y medicamentos esenciales, en los sistemas de salud al nivel apropiado se debe efectuar de acuerdo con la situación y las tendencias epidemiológicas. Ocurre con demasiada frecuencia, especialmente en los países menos adelantados, que un conjunto de programas verticales costeados totalmente con asistencia externa proporcionen una cobertura fragmentaria y desigual a las poblaciones locales. Uno de los objetivos de la presente política es renovar el interés de los donantes por ajustar en lo posible los programas bilaterales a las necesidades y circunstancias de los países, con el fin de reforzar a largo plazo los sistemas de salud; el descubrimiento de necesidades complementarias en todos los componentes de la política proporcionará temas de investigación y asegurará que los gastos respondan a la orientación de la nueva política.

d) Lucha contra la enfermedad

56. La mejora de la **salud perinatal** es indispensable en algunos aspectos. Es demasiado frecuente, especialmente en los países menos adelantados, que el parto vaya asociado a la mortalidad materna. La mejora de los servicios prenatales y durante el parto y el puerperio es necesaria para reducir las tasas de mortalidad y garantizar una maternidad sin riesgo. Enseñando a los padres la manera de reconocer los síntomas y las condiciones en que hay que buscar tratamiento, así como los principios de higiene, incluida la de los alimentos, se evitarán muchas defunciones de lactantes, a lo que contribuirá también el acceso rápido a atención clínica y asesoramiento local. La provisión de servicios de **planificación de la familia** accesibles contribuirá sensiblemente a la salud de la población en general. El aumento de la **población de edad avanzada** requerirá servicios y medicamentos de alto costo; habrá que encontrar nuevos métodos de mantenimiento de la salud de las personas muy ancianas y dispensarles un apoyo social que les permita llevar una vida plenamente independiente.

57. El **paludismo** seguirá siendo uno de los principales problemas de salud. El diagnóstico precoz y el tratamiento efectivo, junto con métodos sostenibles y rentables de prevención, son esenciales debido al desarrollo y la propagación de la resistencia a insecticidas y medicamentos, y a las dificultades de mantener el control del mosquito. Esos y otros procedimientos, como la reducción del costo de los medicamentos, facilitarán también el control de otras enfermedades parasitarias donde existan.

58. Debe ejercerse una vigilancia continua de las **enfermedades transmisibles** para evitar que reaparezcan, que surjan nuevas cepas o que se desarrolle resistencia; por ejemplo, es de prever que aumente la incidencia de la tuberculosis si no hay una drástica mejora de su control mediante métodos de prevención y estrategias de quimioterapia abreviada rentable y uniforme, y si no se asegura el cumplimiento de lo que el tratamiento prescribe.

59. La **infección por el VIH y el SIDA** seguirá representando una amenaza importante para la salud durante los primeros decenios del siglo XXI, correspondiendo la mayoría de los casos a países en desarrollo. Se necesitará un plan sostenido e integrado de prevención del VIH y de otras enfermedades de transmisión sexual, junto con modelos rentables de atención clínica y comunitaria, e investigaciones afines.

60. Con medidas sistemáticas y rentables pueden controlarse a nivel local algunas enfermedades de prevalencia circunscrita a la zona de que se trate. Por ejemplo, las personas con **enfermedades oculares** parasitarias transmisibles se beneficiarán considerablemente de la cirugía a bajo costo contra la catarata y de la lucha contra el tracoma y la oncocercosis. De modo análogo, los métodos económicos utilizados, por ejemplo en el sector de **salud bucodental**, redundarán en beneficio de los afectados por otros trastornos.

61. Aunque las medidas de mejoramiento del modo de vida y la dieta contribuirán considerablemente a combatir las **enfermedades cardiovasculares**, es probable que éstas sigan siendo una importante causa de defunción durante el próximo decenio. Otras enfermedades no transmisibles pueden ocasionar problemas cada vez más graves debido a lo difícil que resulta modificar los modos de vida. La aplicación en salud pública de la prevención, la detección precoz y el tratamiento del **cáncer**, junto con el alivio del dolor y la atención paliativa, cobrarán una importancia cada vez mayor. **Otras enfermedades crónicas** como la diabetes, las enfermedades pulmonares crónicas no específicas y las enfermedades reumáticas crónicas están en aumento en todo el mundo y requerirán medidas onerosas de diagnóstico y tratamiento. Harán falta intervenciones y tratamiento medicamentoso rentables, ya que esas enfermedades y trastornos exigen a menudo tratamiento de por vida.

62. En el sector de **salud mental**, los trastornos neurológicos y de otra índole harán aumentar la demanda de atención clínica y comunitaria, y se verán agravados por problemas tales como los conflictos civiles, la marginalización social, el envejecimiento de la población y la infección por el VIH.

III.4 Finalidades generales de la política

Notas para los participantes en el proceso de consulta

Para la solución de los problemas nacionales de salud o para la ejecución de programas en el sector deben establecerse metas detalladas a varios niveles (véase la sección IV) pero para la adopción a nivel mundial pueden adoptarse finalidades generales de la política. Algunas de éstas son resultado de conferencias internacionales cuyas conclusiones afectan a la nueva política, o de decisiones internacionales sobre reducción o eliminación de algunos problemas de salud. Otras pueden indicar la importancia de una acción concertada en ciertas direcciones.

No se enumeran las finalidades; se pide a los participantes en el proceso de consulta que manifiesten su parecer respecto a los tipos de finalidades que han de asignarse a la nueva política, según los sectores.¹

IV. DE LA POLITICA A LA ACCION

IV.1 Formulación de la política en los países

Notas para los participantes en el proceso de consulta

Una vez aprobada a nivel internacional la política de equidad, solidaridad y salud, y adaptadas a las situaciones nacionales sus principales recomendaciones, cada Estado Miembro escogerá métodos compatibles con su situación socioeconómica y su cultura, y prescindirá de los que hayan resultado deficientes durante el último decenio en la aplicación de la estrategia de salud para todos.

Una vez escogidos sus métodos, los Estados Miembros procederán gradualmente a la formulación de su política, asegurándose de que las principales disposiciones de la normativa general encajen en el contexto nacional o subnacional y se apliquen mediante una combinación óptima de métodos.

Este componente final de la política de equidad, solidaridad y salud puede parecer simplemente gestorial pero es que la falta de gestión apropiada ha sido a menudo un obstáculo importante para la aplicación de algunas de las mejores políticas sanitarias del mundo.

Los participantes en el proceso de consulta habrán, por tanto, de examinar los siguientes métodos y determinar su viabilidad en diferentes contextos nacionales, a fin de asegurarse de que son aplicables a su propia situación.

¹ En enero de 1995, el Consejo Ejecutivo puede proponer algunas finalidades a la Asamblea de la Salud para que las adopte; entretanto pueden sacarse algunas ideas de las metas y finalidades enumeradas en el Noveno Programa General de Trabajo, como son las siguientes:

- al menos el 85% de la población mundial tendrá acceso (a no más de una hora de camino a pie o por algún medio de transporte) a servicios de tratamiento de las enfermedades comunes y a medicamentos y vacunas esenciales, productos biológicos y productos sanguíneos de buena calidad;
- todas las mujeres gestantes dispondrán de servicios de atención prenatal, asistencia al parto, atención de nivel superior en embarazos de alto riesgo y servicios de urgencia obstétrica; y
- el porcentaje de la población con instalaciones o servicios higiénicos de evacuación de excretas será por lo menos del 75%.

a) Métodos de aplicación de la política

63. Llegar a un consenso internacional sobre las recomendaciones de una política sanitaria no es suficiente. Para su adaptación a las situaciones nacionales hará falta la aprobación de esa política por todos los interesados, a saber: políticos, especialistas de salud y de otros sectores, comunidades, grupos profesionales, organizaciones no gubernamentales e individuos; todos ellos habrán de colaborar en la aplicación de la política mediante una serie de métodos. Ello puede significar: la elaboración de nuevas políticas nacionales o subnacionales; la actualización de las políticas sanitarias existentes; y la reorientación de éstas o la inclusión en ellas de algunas actividades conforme a las prioridades del país de que se trate.

64. Teniendo en cuenta los aspectos políticos, económicos y socioculturales, así como las tradiciones administrativas, habrá que idear **métodos específicos de país** para:

- **asuntos normativos**, como: financiación de la salud para todos, incluso política de asignación de recursos sea dentro del sector de salud, sea como proporción del presupuesto nacional de salud para todos; asignación de fondos y contratos de investigación para la adopción de decisiones; funciones del sector de salud respecto a la colaboración técnica con otros sectores y a la aplicación de sus políticas; descentralización y apoyo a partir de los niveles nacional y regional; responsabilidades del individuo, la familia y la comunidad, y mecanismos de participación;
- **asuntos de gestión**, como: aprovechamiento óptimo de los medios de que dispone el sector de salud, incluso análisis económico y gestión de recursos; responsabilidad; fortalecimiento de los sistemas de salud provinciales y distritales; gestión de todos los servicios e instituciones, incluso integración apropiada de los servicios de prevención y lucha contra las enfermedades, y los servicios curativos; y, dentro de este apartado, supervisión y control de la calidad, así como sistemas de información sobre gestión que puedan, entre otras cosas, revelar los grupos vulnerables y permitir la reducción de las desigualdades;
- **asuntos intersectoriales**, como: promoción y defensa de la salud como condición del desarrollo, con una acción normativa y planificadora apropiada; análisis de los efectos que tienen en el estado de salud las actividades de desarrollo en todos los sectores; vigilancia del estado de salud en relación con las condiciones ambientales, y determinaciones específicas como las de salud urbana e indicadores afines.

b) Formulación de la política

65. Dentro del marco normativo mundial, cada país formulará su política de equidad, solidaridad y salud, procediendo del modo siguiente:

- determinación de los factores demográficos, políticos, económicos, ambientales y sociales que influyen en la salud, y **análisis de tendencias** apropiado que permita la evaluación de los problemas y necesidades de salud y la detección de los grupos más vulnerables, en particular los que carecen de acceso o tienen un acceso muy limitado a la asistencia sanitaria; y determinación consiguiente de orientaciones políticas;
- evaluación de las perspectivas de cambio, incluidos los **recursos** financieros, humanos, físicos e intelectuales disponibles, y la contribución que los representantes del sector público y de otros sectores pueden hacer al proceso de formulación y aplicación, con el fin de darles un papel en dicho proceso y favorecer una amplia adhesión a la política;
- ulterior establecimiento de metas para los distintos niveles según la orientación política y la situación específica de que se trate; las metas servirán para evaluar los progresos hacia el logro de las

«finalidades generales» de la política establecida (durante ese proceso puede resultar necesario el establecimiento de normas uniformes);

- de acuerdo con eso, elección de las **intervenciones** según los principios de igualdad, sostenibilidad y posibilidad de pago, como mecanismos para controlar la aplicación, lo cual abarca la determinación de las funciones técnicas de cada sector en materia de prevención, protección de la salud y provisión de acceso a la asistencia sanitaria, así como las responsabilidades personales en materia de aplicación; se calculará el costo de esas intervenciones y se reajustará el programa en consecuencia; un elemento esencial de ese ejercicio será puntualizar las responsabilidades de los distintos niveles políticos y administrativos en lo tocante a la salud de la población;
- la inclusión de esas medidas en los **presupuestos nacionales y locales** es una condición *sine qua non* para la aplicación de la política de equidad, solidaridad y salud.

IV.2 Solidaridad y colaboración internacionales

Notas para los participantes en el proceso de consulta

La creciente participación del sistema de las Naciones Unidas, de otras organizaciones intergubernamentales y de organizaciones no gubernamentales en la acción en pro del desarrollo sanitario a escala internacional y nacional hace que para los países sean colaboradores destacados. Los países más prósperos hacen un uso selectivo de esas organizaciones para el intercambio internacional de información y el establecimiento de normas uniformes pero, en cambio, los países menos desarrollados no siempre están preparados para una acción coordinada.

El objeto de la política de equidad, solidaridad y salud es en parte promover la solidaridad y la colaboración internacionales según las líneas principales que aquí se indican y asegurar la aplicación coordinada de esa política en el desarrollo de los países. El objeto de esta sección es determinar la capacidad de los distintos organismos para respaldar y destacar la función primordial de la OMS en la coordinación del apoyo al desarrollo de cada país en el aspecto de salud.

66. Incumbe a la comunidad internacional conseguir que la importancia de la salud para el desarrollo general (social, político, cultural y económico) se refleje en las políticas de todos los sectores tanto como un efecto del progreso como un estímulo para el cambio.

67. Es cada vez mayor el número de países que necesitan apoyo externo para poder alcanzar la autonomía en el desarrollo sanitario. Ahora bien, los recursos internacionales para el desarrollo son escasos y, por lo tanto, es esencial conseguir un **apoyo óptimo** mediante la aplicación de mecanismos racionales. Un paso en esa dirección es lograr que todos los interesados en la adopción de una política sanitaria mundial tengan aspiraciones, finalidades, metas y procedimientos comunes.

a) Funciones de las entidades internacionales participantes

68. Para la aplicación de la política es esencial reafirmar la misión de la OMS y la de otros organismos interesados por la salud y reformular su cooperación en la prestación de apoyo a los países para el desarrollo sanitario. El fortalecimiento de la capacidad nacional de gestión en pro de una acción acelerada debe ir acompañado de una intensificación de los esfuerzos por conseguir que se asignen a las prioridades de salud recursos internacionales tanto financieros como humanos. Todos los miembros del sistema de las Naciones Unidas, las instituciones de Bretton Woods, los bancos regionales de desarrollo, las organizaciones interna-

cionales, las organizaciones no gubernamentales, los organismos del sector privado y otros han reconocido la importancia que tiene la gestión a nivel de país para el desarrollo sanitario; en consecuencia, deben conseguir que sus políticas y programas se apliquen de acuerdo con las prioridades de la política del país y en estrecha colaboración con los programas nacionales. Aunque las motivaciones de esas entidades pueden variar, es preciso reconocer y respetar sus ventajas relativas y sus diversos mandatos, de manera que el sentido de la responsabilidad social las induzca a coordinar su acción. Para evitar duplicaciones también habrá que respetar el mandato de la OMS de actuar como autoridad coordinadora en asuntos de sanidad internacional. Un requisito de esa cooperación es la consulta regular sobre asuntos normativos orientada al diálogo, en vez del establecimiento de mecanismos puramente formales. En los 20 años últimos, las conferencias internacionales para alcanzar un consenso en cuestiones de desarrollo sanitario han aportado una contribución en ese sentido pero todavía hay que reforzar los mecanismos de trabajo.

69. Los mandatos y el *modus operandi* varían considerablemente. El sistema de las Naciones Unidas fue establecido para promover la paz y la reconstrucción mundiales, así como el desarrollo humano. La OMS, según su mandato constitucional, actúa como autoridad directiva y coordinadora en asuntos de sanidad internacional y mantiene una colaboración efectiva con los organismos especializados y con entidades como el UNICEF. Algunas organizaciones, como la Unesco y la OIT, tienen mandatos que en gran parte no interesan al sector de la salud; sin embargo, en los últimos años sus actividades e intereses en este sector han venido aumentando, al igual que la participación de las instituciones de Bretton Woods en el desarrollo sanitario. Ciertas organizaciones del sistema de las Naciones Unidas tienen funciones relacionadas con la salud, y distintos programas y fondos también tienen componentes destacados de esa índole y contribuyen al desarrollo de la salud en los países mediante cooperación técnica, asesoramiento e información. Otras entidades internacionales son fuentes cada vez más importantes de asistencia técnica, investigaciones sobre política y financiación del desarrollo. Algunas agrupaciones políticas y económicas y bancos regionales han sido atraídos hacia el sector de la salud por su significación política y por las sumas que en él se manejan. Los organismos bilaterales son colaboradores de fundamental importancia para muchos países debido a los recursos financieros y la información que facilitan.

70. Las organizaciones no gubernamentales, sean nacionales o internacionales, no tienen parangón en su habilidad para trabajar en estrecho contacto con la comunidad. Han cobrado suma importancia para el proceso de desarrollo sanitario y, a no dudarlo, nadie puede igualarlas en ciertos sectores donde su independencia es una ventaja apreciada por las autoridades nacionales y locales. El total de recursos de que disponen es mayor que el de todo el sistema de las Naciones Unidas y sólo se los utiliza eficazmente cuando las actividades están bien coordinadas con los países.

71. El poder combinado de todas las organizaciones internacionales interesadas en el desarrollo sanitario es impresionante. Su capacidad para promover la política de equidad, solidaridad y salud está también en función de su carácter complementario; los países deben organizar y aprovechar al máximo el apoyo internacional a la hora de aplicar las políticas establecidas.

b) Reformulación de la misión de la OMS

72. A nivel internacional, la labor directiva de la OMS según su mandato, su promoción de los principios de la política prevista y la coordinación de la puesta en práctica de ésta son esenciales para asegurar la aplicación a nivel de país. La función de la OMS como autoridad directiva y coordinadora en asuntos de sanidad internacional, así como su función de cooperación técnica, deberían permitirle acelerar los progresos en la eliminación de las tres lagunas principales detectadas al evaluar las actividades de salud para todos; en efecto, hay que combatir la pobreza y las barreras que levanta para el acceso a la salud, utilizar el marco de desarrollo económico general y otras medidas afines para la financiación del sistema de salud, y subsanar la falta de aplicación de los conocimientos ya existentes al desarrollo sanitario. Ello entrañará una aplicación más sistemática de los mecanismos que la OMS ha establecido para la acción en los países desde la base y un empeño renovado en catalizar, apoyar y coordinar la cooperación y la colaboración

sanitarias entre los países y con otras entidades interesadas, con vistas a la renovación y la aplicación de la política de salud para todos.

73. Dentro de ese marco, la misión de la OMS será:

- ayudar a los Estados Miembros en la **renovación de su política de salud para todos**, a la vista de las principales dificultades que habrán de vencer en los próximos 25 años;
- dispensar **cooperación técnica** a los Estados Miembros en el establecimiento de sus estrategias de **aplicación de la política**, insistiendo en la creación o el fortalecimiento de la capacidad para mejorar y ejecutar actividades específicas (el fortalecimiento de la capacidad se centrará en los países que no puedan alcanzar la autosuficiencia en el sector de la salud);
- **asumir funciones normativas** es decir, fijar normas respecto a la responsabilidad mundial por la salud, incluso la vigilancia y la evaluación de la política, y difundir e intercambiar información, incluso sobre los resultados de las investigaciones y la introducción de nuevos instrumentos y métodos para alcanzar la salud para todos, lo cual será crucial para el cumplimiento de la función de la OMS de aplicar la nueva política sanitaria mundial;
- **promover y coordinar el apoyo efectivo de la comunidad internacional** a la salud para todos, incluido el fortalecimiento de la cooperación y la movilización de recursos, y proceder a la vigilancia mundial, junto con otras entidades internacionales interesadas, de los progresos efectuados en la aplicación de la política.

74. La misión de la OMS será analizada regularmente por sus órganos deliberantes; la acción práctica se basará en los programas generales de trabajo que se establecen cada seis años. A plazo más breve, la aplicación dependerá de los presupuestos por programas que, al basarse en las necesidades de los países, asegurarán que las actividades estén ajustadas a la realidad nacional.

75. El examen de los resultados de los programas de la OMS desde que empezó a aplicarse la estrategia de salud para todos revela que la Organización ha demostrado capacidad para adaptarse y responder a las nuevas aspiraciones gracias a los mecanismos con que cuentan tanto ella como los países para revisar las políticas y programas nacionales y asegurarse de que las actividades del presupuesto por programas de la OMS responden a las necesidades de los países. La Organización mantendrá en estudio su proceso de gestión para que el apoyo directo a los Estados Miembros sea apropiado.

76. Los órganos deliberantes de la OMS cuidarán especialmente de no perder de vista los principales extremos incluidos en la política, como son la reducción de las desigualdades en materia de salud, la responsabilidad de todos los interesados nacionales e internacionales, la participación y la solidaridad.

V. CONCLUSION

77. El buen éxito en la aplicación de la política de equidad, solidaridad y salud dependerá de la medida en que los Estados Miembros y otros interesados reconozcan la urgencia de atacar los formidables problemas de enfermedad y desigualdad. La política es ambiciosa y las dificultades enormes pero el afán por alcanzar la salud para todos es tal que la elaboración de esta nueva política representa un imperativo moral; ambicioso es también el compromiso de obtener el concurso de todas las partes para la aplicación de la política. Pese a que las tareas son ingentes, la OMS seguirá tratando de alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de bienestar físico, mental y social, como uno de los derechos humanos fundamentales.

PARTE B

PROCESO DE CONSULTA

I. ALCANCE Y MARCO DEL PROCESO DE CONSULTA

78. El principal objeto de la nueva política mundial es estimular a los distintos países para que se preparen a hacer frente con más vigor y eficacia a los graves problemas de salud de los próximos decenios. Para alcanzar esa meta es esencial un amplio y extenso sistema de consulta y, por otra parte, se proyecta presentar oficialmente la nueva política a los Estados Miembros durante las reuniones de los comités regionales previstas para el otoño de 1995. A partir de entonces se procederá en cada país a extensas consultas y se informará a la OMS en marzo de 1996. Se buscará un consenso entre los organismos que se interesan por el desarrollo sanitario y social, por ejemplo los del sistema de las Naciones Unidas, otras organizaciones internacionales y entidades no gubernamentales.

79. Es importante también alcanzar un consenso con los Estados Miembros y dentro de éstos, con otros organismos internacionales y con las organizaciones no gubernamentales respecto a la importancia de lograr una nueva y amplia adhesión a la mejora de la salud. Un poco después de los debates sobre ese tema que celebrará la Asamblea de la Salud en mayo de 1995, el Director General se pondrá en contacto con los Estados Miembros y con otras organizaciones internacionales y no gubernamentales para pedirles esa adhesión.

80. Los mecanismos de consulta de la OMS con los países tendrán un papel crucial. Antes de las reuniones de los comités regionales en 1995, los Representantes de la OMS y sus homólogos nacionales (o las oficinas regionales, en los países donde no haya representación) indicarán los mecanismos nacionales existentes que puedan contribuir al proceso de actualización de la política, como serían por ejemplo las comisiones de planificación y otros órganos que se ocupan de política y desarrollo económico. Ello exigirá consultas de amplio alcance en los países, que al mismo tiempo sentarán las bases para la aplicación en éstos de la política establecida.

81. Una vez indicadas a los comités regionales la política prevista y la función de apoyo del personal de la OMS, se pedirá a los países que reflexionen y que, si lo estiman apropiado, realicen un nuevo análisis de la situación sanitaria y de las posibles tendencias en los 25 años siguientes, como primer paso para la determinación de los principales problemas de salud del país. Los resultados se podrían exponer en un documento que sería sometido a la consideración de las autoridades decisorias nacionales, expertos y representantes técnicos, políticos, organizaciones no gubernamentales, autoridades religiosas, empresarios, jefes sindicales, otros líderes de opinión y el público en general. Deberá también recabarse el concurso de esas personas en caso de que el país reciba apoyo externo para la salud.

82. A base de esas consultas se preparará una declaración nacional de consenso sobre los problemas de salud y las principales orientaciones de política, con indicación del cometido que incumbe a los distintos sectores e instituciones del país en el desarrollo y la aplicación de la nueva estrategia. Esas declaraciones, que responden a los distintos extremos de la política trazada y los amplían, constituirán el principal elemento de información de la OMS e incluirán opiniones sobre la función de apoyo a la política que incumbe a la OMS y a otras entidades.

83. En los preparativos para la introducción de la nueva política seguirán interviniendo activamente los mecanismos nacionales de la manera que sea política, constitucional y culturalmente apropiada. En una fase ulterior habrán asimismo de facilitar el proceso de difusión de la nueva política y la estrategia de aplicación; como parte de ésta se utilizarán los medios de comunicación para señalar a la atención de las autoridades y del público la nueva política y las resultantes orientaciones de los programas.

II. INTRODUCCION DE LA NUEVA POLITICA SANITARIA MUNDIAL PROPUESTA

84. Para conseguir la adopción de la nueva política a alto nivel así como el compromiso de su aplicación práctica, habrá que alertar al público en general y a las autoridades sobre la necesidad de que la salud pública figure en un lugar destacado del programa político de todos los países. La introducción simultánea de la política en sectores tales como hacienda, planificación, medio ambiente, cultura, y también sanidad, exige apoyo y acción a alto nivel directivo. A escala internacional hará falta un compromiso análogo de todos los interesados a fin de que se brinde apoyo a un programa de actividades y a la misión de la OMS en su ejecución. Es preciso asimismo recabar el concurso de las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, de otras entidades internacionales y de las organizaciones no gubernamentales, y establecer vínculos de asociación con las que se interesan por la aplicación de la política y apoyan la función de la OMS.

85. Considerando la urgente necesidad de difundir con rapidez la nueva política y obtener una adhesión general a su aplicación, el Equipo de Desarrollo sobre la Política y la Misión de la OMS ha propuesto introducirla con ocasión de un acto especial, por ejemplo una conferencia en la cumbre a la que asistieran altas autoridades responsables de la salud y el bienestar. Los principales temas del programa serían escogidos por los comités regionales, el Consejo Ejecutivo y la Asamblea de la Salud, y entre ellos figurarían la salud en el desarrollo, la igualdad, la solidaridad, la seguridad y la responsabilidad pública por la salud. En la lista de temas básicos debería figurar también la responsabilidad personal y colectiva por la calidad de la asistencia sanitaria.

III. CALENDARIO PROPUESTO PARA LA FORMULACION DE LA NUEVA POLITICA SANITARIA MUNDIAL

Fecha	Estados Miembros	Organos deliberantes de la OMS	Secretaría de la OMS
Enero 1995		95ª reunión del Consejo Ejecutivo: examen del esquema de la política propuesta e informe a la 48ª Asamblea Mundial de la Salud	
Febrero/marzo 1995	Los Representantes de la OMS instruyen a las autoridades nacionales sobre los objetivos de la actualización de la política de salud para todos		Instrucción de los Representantes de la OMS para el contacto preliminar con las autoridades nacionales; inclusión de las observaciones del Consejo Ejecutivo; y elaboración del borrador de documento para consultar a los Estados Miembros sobre la política
Mayo 1995		48ª Asamblea Mundial de la Salud: examen de los elementos propuestos de la política e indicaciones sobre el proceso de consulta con los Estados Miembros	Instrucción del personal de la OMS a todos los niveles sobre el contenido y los métodos de revisión de las estrategias de salud para todos

Fecha	Estados Miembros	Organos deliberantes de la OMS	Secretaría de la OMS
Mayo a septiembre 1995	Determinación en los países de los procesos y mecanismos para la actualización		Tras la 48ª Asamblea Mundial de la Salud, comunicación del Director General a los Estados Miembros y a los directores de organismos Consulta con organismos de las Naciones Unidas y con organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales
Junio 1995			Finalización del esquema de la política para consulta con los países, con las modificaciones introducidas por la Asamblea de la Salud, así como de los métodos aplicables; establecimiento de los mecanismos especiales que sean convenientes y publicación de directrices
Agosto 1995			Determinación por el Consejo de Políticas Mundiales de un plan de operaciones de apoyo a la OMS en la elaboración de la política
Otoño 1995		Comités regionales de la OMS: examen del esquema de política y de los modos de formular la política regional	Informes de los Directores Regionales a los comités regionales sobre procedimientos de formulación de política y apoyo de la OMS
A partir de septiembre de 1995	Examen de las políticas, las estrategias y los planes de acción nacionales de salud para todos, examen de los análisis y proyecciones, reunión de grupos nacionales para examinar la nueva política y misión de apoyo de la OMS		Reuniones y consultas con organizaciones regionales y subregionales; grupos, reuniones, seminarios, talleres y actividades similares; consulta con organismos de las Naciones Unidas, otras organizaciones internacionales y organizaciones no gubernamentales
Noviembre 1995 a enero 1996			Consejo de Políticas Mundiales: vigilancia del desarrollo de la política y reflexión continua sobre la misión de la OMS

Fecha	Estados Miembros	Organos deliberantes de la OMS	Secretaría de la OMS
Marzo 1996	Contribución de los Estados Miembros a la política y opiniones sobre la misión de la OMS presentadas a la Secretaría de ésta		
Abril 1996 a junio 1996			Grupos regionales de redacción y equipos de desarrollo: compilación de las respuestas de los Estados Miembros y preparación de información de interés para formular la política regional
Otoño 1996		Comités regionales: examen (optativo) del proyecto de política regional	
Octubre 1996	Participación en conferencias regionales preparatorias para examinar/adoptar la política		Presencia en las conferencias regionales
Octubre a diciembre 1996	Acción inicial para conseguir la adhesión a la política al más alto nivel estatal		Equipo de desarrollo de políticas: elaboración de la política mundial
Enero 1997		Consejo Ejecutivo: examen del proyecto de política mundial e informe a la 50ª Asamblea Mundial de la Salud	
Mayo 1997		50ª Asamblea Mundial de la Salud: examen final de la política mundial	Informe del Director General a la Asamblea de la Salud sobre los progresos realizados hacia la aplicación de la política a nivel nacional, regional y mundial
Octubre o noviembre 1997	Conferencia/reunión en la cumbre sobre política. Adopción de una Carta.		
De noviembre 1997 en adelante	Elaboración o reorientación de planes de acción nacionales y aplicación de políticas nacionales, regionales y mundiales con apoyo de la OMS	Análisis periódicos de los progresos y evaluación por los comités regionales, el Consejo Ejecutivo y la Asamblea de la Salud	Cooperación técnica continua y apoyo a las medidas nacionales, regionales y mundiales de aplicación de la política

Fecha	Estados Miembros	Organos deliberantes de la OMS	Secretaría de la OMS
Noviembre 1997			Consulta del Director General con otros jefes ejecutivos sobre la respuesta de las Naciones Unidas a la Carta Informe al Consejo Ejecutivo sobre orientación de la Secretaría para el apoyo a las actividades de salud para todos
Enero 1998		Consejo Ejecutivo: examen del informe del Director General sobre orientación de la Secretaría. Solicitud por el Director General de adhesión al más alto nivel político, empezando por el examen nacional de los progresos hacia la salud para todos en el Día Mundial de la Salud, 1998	Reunión OMS de la comunidad internacional para acordar una política y una estrategia de apoyo a la salud para todos, particularmente en los países más necesitados
Abril 1998	Comienzo de los análisis sobre salud para todos en el Día Mundial de la Salud		Aprobación por el CAC de la respuesta de las Naciones Unidas a la Carta y del contenido de la respuesta al ECOSOC
Mayo 1998	Informes sobre progresos de los países a la 51ª Asamblea Mundial de la Salud	Resolución de la Asamblea de la Salud en apoyo de la política y la Carta	
Julio 1998			Informe del Director General al ECOSOC
Septiembre 1998	Contribución al Décimo Programa General de Trabajo	Comités regionales: examen de la aplicación de la política; respuesta regional a la Carta; examen del presupuesto regional 2000-2001	
Enero 1999		Consejo Ejecutivo: examen del Décimo Programa General de Trabajo; presupuesto 2000-2001 (de transición)	Presentación del proyecto del Décimo Programa General de Trabajo y del proyecto de presupuesto 2000-2001
Mayo 1999		52ª Asamblea Mundial de la Salud: tema de transición al nuevo milenio; adopción del Décimo Programa General de Trabajo; adopción del presupuesto 2000-2001	

Fecha	Estados Miembros	Organos deliberantes de la OMS	Secretaría de la OMS
Septiembre 1999		Comités regionales: reajuste de los planes regionales y preparativos para el año 2000	

= = =