

La salud y el desarrollo humano

El pensamiento actual en el campo de la salud pública se ha desplazado más allá del simple reconocimiento de las causas biológicas y conductuales de la enfermedad para incluir un examen de las relaciones entre el contexto sanitario y el social, es decir, la forma en que obran la pobreza, el género y el origen étnico, entre otras cosas, como factores determinantes de la salud. Este cambio refleja un análisis más amplio y complejo de la relación

Info

información

existente entre el desarrollo humano y la salud. Sin embargo, con el fin de adquirir conocimientos sobre esos factores determinantes, es preciso establecer un marco claro, garantizar la disponibilidad de datos, desarrollar una capacidad de investigación sólida y bien distribuida, dominar varios sistemas y tipos de metodología y promover los vínculos entre los investigadores y los órganos directivos. Al emplear un marco que se concentre en la distribución desigual y, a veces, injusta de los recursos entre los grupos de población —expresada como desigualdades e inequidades— es posible reencauzar dichos recursos hacia los grupos desfavorecidos.

Hasta la fecha, el conocimiento de esos factores determinantes de la salud y de esas inequidades en el estado de salud refleja sobre todo las condiciones sociales y económicas de los países desarrollados y no es necesariamente pertinente para los menos adelantados. Como resultado, hay una enorme laguna de conocimientos sobre las condiciones imperantes hoy en día en América Latina y el Caribe. Además, falta información sobre el acceso que tienen a los servicios diferentes subgrupos de población en América Latina y el Caribe o sobre el financiamiento de esos servicios para formular una política y realizar intervenciones que reduzcan las inequidades en salud en la Región.

Esas lagunas de conocimientos se han producido no solamente por falta de información específica, sino también porque no se ha utilizado debidamente parte de la que está disponible, tanto dentro como fuera del sector salud. Por ejemplo, en las encuestas de familias hay datos valiosos sobre la relación que guardan categorías como el género y el ingreso con los patrones de comportamiento en materia de salud y las barreras para el acceso a los recursos básicos de salud. Sin embargo, la limitada capacidad nacional para acopiar información ha impedido identificar importantes factores básicos en las inequidades en salud, como los gastos directos en atención médica sufragados por las familias analizados según el nivel de ingresos, e información sobre qué grupos sociales se benefician más del gasto público en atención de salud. Estos y otros datos similares pueden suministrar importante información sobre cuestiones esenciales y, debidamente usados, proporcionan un marco conceptual para la acción.

El primer paso para abordar las inequidades en salud consiste en identificar a los grupos desfavorecidos mediante el acopio de datos sociales y económicos e información sobre el estado de salud y el acceso a los servicios de salud. Al documentar las desigualdades en salud y puntualizar los factores determinantes de la salud en la Región, se pueden evaluar las respuestas sociales y establecer métodos coherentes en materia de política y programación para reducir esas desigualdades. Sin embargo, si deseamos determinar las inequidades en salud estableciendo una relación de los índices sociales con el estado de salud, debemos documentar mejor la relación existente entre los datos socioeconómicos y el estado de salud.

**Documentar la
desigualdad en materia
de salud ayudará a
evaluar las respuestas
sociales y a establecer
políticas y programas
apropiados para
reducirla.**

La OPS tiene la responsabilidad de establecer la metodología y los instrumentos necesarios para cuantificar y vigilar esos factores diferenciales entre los grupos de población en las esferas nacional y regional. Como parte de ese mandato, la Organización publicó *La salud en las Américas*, edición de 1998, su principal obra que describe y analiza las condiciones de salud en toda la Región y en cada país cada cuatro años. Además, los “datos básicos de salud” y los “perfiles de salud de país” más recientes de cada País Miembro se encuentran ahora en la Internet y en forma impresa. Los resultados de esos estudios, junto con una clara explicación de los aspectos conceptuales de la equidad, orientarán las actividades de cooperación técnica de la Organización, estimularán los mecanismos participatorios para que la sociedad civil siga estrategias de defensa de intereses e influirán en la formulación de políticas.

Con objeto de sistematizar la metodología para el acopio de datos y de identificar y clasificar mejor las inequidades en salud en la Región, la OPS ha lanzado iniciativas para fortalecer la función de los registros vitales y ampliar la escala de información demográfica recolectada en los perfiles de país y las encuestas de familias.

La Organización también se ha esforzado por incorporar más equidad como marco conceptual en los programas nacionales de política y, con ello, ha fortalecido las actividades de reforma del sector salud. Por ejemplo, al trabajar con el Programa Regional de Bioética, ayudó a formar un marco mundial para la protección de los derechos humanos y a analizar los aspectos de bioética relacionados con la legislación. Además, identificó a varios grupos de población vulnerables definidos según el género y el nivel de pobreza; colaboró en la realización de actividades de investigación pertinentes enfocadas en esos grupos, y comenzó a examinar los riesgos para la salud asociados con la raza y el origen étnico.

La OPS también abordó las cuestiones de salud que tratan de experiencias sociales basadas en el género, entre ellas la violencia doméstica, el acceso de la mujer a la atención de salud de buena calidad y la salud reproductiva. Para documentar el problema de la violencia doméstica en la Región, ayudó a establecer y a planear sistemas de registro y estudio de prevalencia de la violencia doméstica en varios sitios de América Central y lanzó un proyecto para investigar las barreras que enfrentan las mujeres, en general, y las víctimas de la violencia doméstica, en particular, para acceder a los servicios de salud. Además de registrar las diferencias estadísticas de acceso a los servicios de salud entre hombres y mujeres, la OPS comenzó a sistematizar la información existente con el fin de emplear un análisis de las diferencias de la calidad de la atención en la formulación de políticas, basado en el género. Esta actividad se ha realizado para entender mejor los factores determinantes de la salud y notificar las decisiones políticas en el campo de la salud en el desarrollo humano. La OPS ha trabajado para

La OPS abordó las cuestiones de salud que tratan de experiencias sociales basadas en el género, entre ellas la violencia doméstica, el acceso de la mujer a la atención de salud de buena calidad y la salud reproductiva.

Además de establecer indicadores socioeconómicos para la salud, la OPS procuró caracterizar a las poblaciones que menos se benefician del gasto sanitario público y privado.

incorporar indicadores sensibles al género con objeto de vigilar y evaluar las políticas de reforma del sector salud de los países y participó en un estudio interinstitucional del efecto de las nuevas políticas de financiamiento sectorial en la salud reproductiva de la mujer.

Dado el vínculo existente entre la salud y las condiciones socioeconómicas, la Organización emprendió estudios sobre indicadores socioeconómicos que orientarán las políticas para aliviar el efecto de los cambios sociales y económicos en la salud de los pobres. Como parte del empeño puesto en vincular la situación de salud con la estructura política general, se iniciaron dos proyectos para examinar la relación existente entre la pobreza y la salud.

En el proyecto sobre “Administración y financiamiento de la salud para reducir el impacto de la pobreza” se evalúan los efectos de la descentralización y las reformas financieras del sector salud en los grupos sociales más pobres en varios países de habla inglesa del Caribe. Por medio de este proyecto, los países participantes compartieron activamente sus mejores experiencias sobre la forma de hacer que las iniciativas de reforma respondan mejor a las preocupaciones en materia de equidad y eficiencia. El otro proyecto, conocido como “Pobreza y equidad en salud en América Latina y el Caribe” es patrocinado conjuntamente por la OPS, el PNUD y el Banco Mundial. Con el mismo se busca proyectar nueva luz sobre la situación de los pobres en lo que respecta a su estado de salud y acceso a la atención y sobre el financiamiento de los servicios de salud en Brasil, Ecuador, Guatemala, Jamaica y Perú; ya ha terminado la evaluación inicial de las inequidades en los cinco países. Posteriormente se mantendrá un diálogo sobre políticas país por país, que tendrá por fin divulgar a los órganos directivos información que los sensibilizará para considerar debidamente a los grupos más vulnerables de la sociedad al asignar recursos para la atención de salud.

Además de establecer indicadores socioeconómicos para la salud, la OPS trabajó en la identificación de las poblaciones desfavorecidas mediante el examen de los grupos demográficos que más se benefician del gasto público y privado en salud; también actualizó su base de datos de las Cuentas Nacionales de Salud, que registra el gasto absoluto y relativo per cápita y como porcentaje del PIB. La base de datos —la más extensa de su clase en el mundo— abarca todos los países de la Región desde 1980 y pronto estará disponible en la Internet. Como parte de otras actividades complementarias, la OPS comenzó a establecer un sistema de indicadores para vigilar el efecto que las inversiones en salud tienen en el desarrollo económico y la distribución del ingreso: esta actividad de investigación conjunta de la OPS, el BID y la CEPAL proporcionará datos sobre cuánto han contribuido las inversiones en salud al crecimiento económico a largo plazo en algunos países de América Latina y el Caribe.

La OPS cree que a medida que se disponga de más y más información sobre las inequidades que afectan a las poblaciones social y eco-

nómicamente vulnerables, será necesario establecer indicadores de salud más precisos, quizá aun indicadores enfocados en cada localidad. Además, para fortalecer la eficacia de los protocolos de política y acción, se deben demostrar rigurosamente las relaciones causales entre los indicadores y el estado de salud, tarea que exigirá importantes contribuciones de la comunidad científica de la Región. Una sólida infraestructura científica no solamente atenderá las necesidades de información de la Región, sino que también podrá generar recursos para divulgar y promover su utilización. A pesar del gran empeño puesto en crear dicha infraestructura en la mayoría de los países de la Región, hay todavía graves deficiencias. La producción científica se concentra mucho en algunos países y, cuando falta coordinación y divulgación en los ámbitos nacional y regional, predomina un método de solución individual de los problemas de salud.

Hay pocos canales y mecanismos para facilitar el traslado de los resultados de investigación a las políticas pertinentes; faltan recursos financieros para actividades de investigación, que provienen casi exclusivamente de fondos públicos, y en la asignación de fondos para la investigación no se siguen prioridades claras ni criterios de pertinencia y calidad. Con todo, últimamente se han observado algunas tendencias favorables, entre ellas la realización de programas de investigación conjunta; el establecimiento de incentivos y la formación de alianzas con el sector privado como forma de diversificar las fuentes de fondos; la creación de carreras de investigación con evaluación del desempeño en materia de producción científica; la descentralización de actividades de investigación, y la integración de las actividades de investigación, desarrollo y producción.

La OPS ayudó a ampliar la capacidad de la infraestructura científica de la Región para producir, divulgar y promover la utilización de los conocimientos necesarios impartiendo orientación sobre recomendaciones en materia de política; ofreciendo capacitación en el uso de esa nueva metodología; fomentando la colaboración intersectorial y la provisión de la capacidad necesaria para la creación de redes; facilitando el acceso a la información, y promoviendo una mayor participación del sector privado y de la sociedad civil en apoyo y defensa de los intereses del sector. Muchos de esos métodos se utilizaron en 1998, especialmente en el trabajo de promoción y apoyo de la investigación sobre equidad y salud. La OPS participó en el trabajo interprogramático de recopilación y análisis de las publicaciones sobre equidad producidas en la Región y en todo el mundo, y comenzó a formar una base de datos, trabajó en la publicación de una antología y preparó un protocolo para estudios multicéntricos relacionados con esos instrumentos. Con el fin de fortalecer esos marcos y tipos de metodología, se ofreció capacitación en el análisis de la situación de salud y las inequidades en ese campo a participantes del sector salud, entre ellos profesionales y administradores.

La Organización ayudó a ampliar la capacidad de la infraestructura científica de la Región para producir, divulgar y promover el conocimiento.

La OPS estimuló la formación de redes intersectoriales subregionales, nacionales y locales que contribuyan a definir políticas de salud equitativas.

La OPS señaló nuevas prioridades de investigación y cooperación técnica en bioética, incluso en equidad y derechos humanos y cuestiones de ética más amplias relacionadas con temas como la salud reproductiva, el acceso a medicamentos, la función del médico en el siglo XXI, la salud mental y la atención paliativa. La meta es dar una orientación cada vez más amplia para la reflexión ética y el establecimiento de un marco de ética —que incluya la equidad— para las actividades y divisiones de la Organización y establecer medidas que respondan a necesidades reales y a exigencias concretas en campos problemáticos.

Para compartir información conducente a políticas destinadas a reducir las inequidades en salud, la Organización contribuyó mucho a formar redes intersectoriales en los ámbitos subregional, nacional y local que incluirán los sectores público y privado. En la esfera subregional, se prestó apoyo a la Red Centroamericana de Información y Comunicación en Salud para vincular a los que generan la información con las instancias decisorias. Además, se exploró la factibilidad de entablar colaboración interinstitucional y negociaciones de acuerdos entre protagonistas como el MERCOSUR, CARICOM, la OEA, la Asociación Latinoamericana de Integración (ALADI), la CEPAL, la Comunidad Andina, el Sistema de la Integración Centroamericana (SICA), la Asociación de Estados del Caribe (AEC) y el TLC. La OPS se concentró también en promover la participación del sector salud en las negociaciones del Acuerdo de Libre Comercio de las Américas (ALCA) para asegurarse de que la información sobre salud se considere en los procesos de integración y liberalización del comercio.

Además, la OPS contribuyó a la adquisición y divulgación de conocimientos científicos y técnicos proporcionando asistencia en la evaluación de sistemas de vigilancia epidemiológica y de salud pública. En este período de importantes reformas del sistema de salud, la Organización dedicó importantes recursos a la provisión de apoyo técnico e información a los órganos parlamentarios nacionales y regionales, como el PARLATINO, el PARLACEN y el Parlamento Andino en asuntos como VIH/sida, salud reproductiva, desastres, tabaco, salud mental y salud de las personas mayores.

La Organización apoyó la investigación científica por medio de la capacitación institucional, un examen de las cuestiones de financiamiento de la investigación y el establecimiento de programas subregionales de investigación. La OPS, junto con los proveedores de servicios de salud y otras instituciones que aportan fondos e ideas, también siguió apoyando proyectos de investigación destinados a entender los problemas prioritarios de salud pública y a ofrecer soluciones apropiadas. Merecen citarse tres estudios multicéntricos hechos en 1998: un proyecto de investigación sobre violencia y salud realizado en nueve ciudades, un proyecto de estudio de la salud de las personas mayores efectuado en siete ciudades y un proyecto de investigación sobre inversiones en salud y crecimiento económico que se llevó a cabo en dos

países. La Organización también prestó apoyo de importancia crítica para una reunión regional destinada a movilizar recursos de los centros colaboradores; de la reunión surgieron varias recomendaciones para mejorar la comunicación entre los centros y la OPS.

A medida que diversas organizaciones y entidades forjen nuevas alianzas y comiencen a formular políticas y a ejecutar actividades de salud conjuntamente, se necesitarán diversos mecanismos para acceder a la información, ya sea en forma impresa o electrónica. La democratización del acceso a la información fomentará la cooperación entre un número cada vez mayor de protagonistas que trabajan en varios niveles y se espera que eso lleve a un diálogo más abierto en un lenguaje común. Con el fin de compartir información básica, la OPS ha proporcionado, en la Sede y en todas las Representaciones, acceso electrónico a información sobre la situación de salud en las Américas, que comprende una lista de datos básicos sobre cada país, un resumen de la situación de salud, gráficos y mapas ilustrativos de la situación y referencias. También ha cooperado en la preparación de páginas en la Internet que incluyen un directorio de los parlamentos, congresistas y miembros de las comisiones de salud, así como resoluciones y acuerdos, proyectos para la elaboración de marcos jurídicos, legislación sanitaria modelo y un panorama histórico del proceso legislativo y de las cuestiones legislativas de actualidad abordadas por varios países de América Latina y del Caribe. Esta base de datos, que presenta un índice comparativo de legislación sanitaria y atención de salud en América Latina y el Caribe de habla inglesa, es un valioso instrumento de referencia para los órganos directivos y los especialistas que trabajan para mejorar la legislación y las políticas nacionales en materia de salud.

Una de las actividades más ambiciosas del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME) ha sido la creación de la Biblioteca Virtual de Salud. En 1998 adoptó una nueva estrategia de cooperación técnica con los países de la Región y entre ellos para reducir las inequidades de acceso a la información sobre salud. Esta actividad comprendió la descentralización de la producción y el manejo de las fuentes de información, en particular mediante la provisión de una base de datos sobre referencias científicas y de salud, así como textos en formato electrónico. Hubo mucho entusiasmo por este proyecto en la Región y muchos países mostraron interés en iniciativas conjuntas para consolidar la Biblioteca Virtual de Salud con otras bases de datos con objeto de ampliar su utilidad.

La biblioteca virtual se promovió y comercializó activamente, en parte asegurándose de su compatibilidad internacional. Otras importantes líneas de acción fueron la reorganización de los productos y servicios tradicionales para su inclusión en la Internet, la creación del localizador de información de salud para permitir una indización automática, y la creación de alianzas y consorcios para establecer otros componentes de la biblioteca.

La democratización del acceso a la información fomentará la participación de un número cada vez mayor de protagonistas.

Entre las iniciativas de BIREME en materia de educación cabe citar su participación en un proyecto sobre la universidad virtual patrocinado junto con varias instituciones para elaborar material didáctico, estructurar cursos virtuales de salud y prestar apoyo electrónico para los instrumentos informativos que se emplearán en esos cursos. BIREME analizó un programa de desarrollo destinado a evaluar la calidad de las revistas científicas de salud en varios países. Junto con el Ministerio de Salud del Brasil se redactó una propuesta para la creación de la Metodología SciELO para los documentos públicos como forma de ampliar el número de fuentes de información electrónica producida en la Región. Con ayuda del Ministerio de Educación del Brasil, en 1998 BIREME adquirió una colección de revistas que se facilitará por medio de la Biblioteca Virtual de Salud y, en un futuro próximo, por medio de la base de datos PubMed. Se han incluido por lo menos 15 revistas latinoamericanas y, como las casas editoriales apoyaron el proyecto, la publicación electrónica representó un importante adelanto para la producción científica en el campo de la salud en América Latina y el Caribe.

A medida que se reduzca la participación del gobierno central en el sector salud, la comunicación intersectorial y la colaboración entre la sociedad civil y los organismos privados serán cada vez más necesarias para crear sistemas de salud funcionales. Con ese fin, los esfuerzos de la OPS respondieron a la meta básica de fortalecer la participación social y política en salud entre los protagonistas tradicionales y nuevos. Al aprovechar el talento y la energía de personas con diversos intereses y métodos que reconozcan las relaciones recíprocas entre la salud y una multiplicidad de factores sociales, se pueden reducir las inequidades en salud en las Américas. En particular, la OPS trabajó para brindar a los poderes ejecutivo y legislativo de los gobiernos la oportunidad de trabajar juntos y con instituciones de la sociedad civil para colaborar en el apoyo de la salud en el proceso de integración hemisférica. Por ejemplo, la OPS y el Centro Colaborador OPS/OMS en Salud Internacional de la Facultad de Medicina de la Universidad de Texas en Galveston (Estados Unidos de América) copatrocinaron una conferencia sobre "La salud, la globalización y la sociedad civil", en que varios representantes de organizaciones no gubernamentales, instituciones académicas y organizaciones intergubernamentales de varios países de América Latina y el Caribe compartieron sus experiencias y lecciones sobre estrategias para promover la salud en las esferas local, nacional y regional dentro de un marco de globalización cada vez mayor. Como resultado de la conferencia, los participantes establecieron una red por medio de la cual pudieran compartir información, actividades educativas y gestiones para ejercer influencia concentradas en la promoción de los derechos humanos y del derecho a la salud como marco para la acción. Asimismo, la OPS logró que varios organismos gubernamentales y de la sociedad civil se comprometieran a poner en práctica los acuerdos suscritos en El Cairo y Pekín para promover el derecho a la

Para reducir las inequidades, también hay que aprovechar la energía y el talento de personas con diversos intereses que comprendan la relación entre la salud y los factores sociales.

equidad sexual, reproductiva y en materia de género. Al coordinar los mecanismos para vigilar el cumplimiento de esos acuerdos y apoyar las campañas públicas y las gestiones para ejercer influencia ante los gobiernos, ese trabajo fortaleció las redes formadas por los gobiernos y las organizaciones no gubernamentales así como los proyectos de colaboración, y unió a los participantes de esas redes en su empeño por buscar soluciones a los problemas de salud existentes en todos los lugares, con la participación de toda la ciudadanía.

La OPS logró que varios organismos se comprometieran a poner en práctica los acuerdos de El Cairo y Pekín para promover el derecho a la equidad sexual, reproductiva y de género.

