

PÁGINAS DE SALUD PÚBLICA



World Health Organization.
**The World Health Report
1999. Making a Difference.**
Ginebra: WHO, 1999.

En mayo de este año la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó su informe anual. Sale a la luz casi al mismo tiempo que se celebra en Ginebra la última Asamblea Mundial de la Salud del siglo.

Este documento ha generado enormes expectativas porque se trata del primer informe de la administración de Gro Harlem Brundtland, ex primera ministra de Noruega, quien llega a la dirección de la OMS, entre otras cosas, a enfrentar una añeja crisis institucional y de lide-

razgo. La doctora Brundtland llega, además, acompañada por un equipo de gobierno que cuenta entre sus miembros con diversos salubristas de prestigiada trayectoria académica y sólidos vínculos con los bancos de desarrollo.

El informe tiene, por razones cronológicas obvias, un claro alcance global y un aliento de largo plazo. Identifica desde la primera página los logros del siglo en el campo de la salud y los grandes retos. Asume a la salud como un componente esencial del desarrollo y un elemento central del crecimiento económico, como una preocupación nacional e internacional, y como una responsabilidad pública y privada. Se compromete a ofrecer alternativas claras y señala que el liderazgo de la OMS en el siglo XXI deberá ser técnico, político y moral.

La propuesta de este informe de "hacer una diferencia" en las condiciones de salud en los próximos años se basa en la identificación de los siguientes cuatro retos prioritarios: i) la carga producida por el exceso de muertes y morbilidad entre los pobres del mundo; ii) las amenazas potenciales a la salud generadas por las crisis económicas, los ambientes no saludables y los comportamientos riesgosos; iii) el desarrollo de sistemas de salud más efectivos, y iv) la ex-

pansión de la base de conocimientos que hizo posible la revolución en salud del siglo XX.

Cuatro son también los temas estratégicos que habrán de guiar las actividades de la OMS en los años por venir: i) mejorar los resultados en salud mediante el uso creciente de intervenciones que ayuden a las poblaciones a salir de la pobreza; ii) apoyar el desarrollo integral del sector salud para garantizar una respuesta más efectiva; iii) hacer un mayor énfasis en el impacto de las intervenciones de la organización, tomando en consideración que la OMS no es una agencia donadora sino una organización cuyos activos principales son el conocimiento y la capacidad técnica de sus empleados, y iv) desarrollar mecanismos para garantizar alianzas estratégicas con mayores posibilidades de influencia en el largo plazo.

Resulta interesante constatar que las propuestas de la nueva OMS parten del reconocimiento de un hecho básico: que la mayor parte de los recursos para la salud son recursos nacionales. En 1994, los recursos totales para la salud en los países de ingresos medios y bajos ascendieron a 250 000 millones de dólares, y sólo 3 000 millones de estos dólares tuvieron su origen en lo que se denomina asistencia para el desarrollo.

Y así, el *Informe de 1999* señala que la comunidad internacional debe evitar utilizar sus recursos en tareas que los países individuales pueden llevar a cabo y focalizarlos más bien en aquellas actividades que requieren de una *acción internacional colectiva*. En el campo de la salud, la OMS identifica específicamente las siguientes actividades:

- El liderazgo en salud en el ámbito global;
- la generación y diseminación de una base de evidencias e información para la toma de decisiones;
- la catalización de la vigilancia epidemiológica en el plano global;
- el diseño de normas y estándares;
- la atención de problemas de salud globales o regionales para los que se requiere una acción concertada (p.e., la erradicación de la poliomielitis);
- ser la voz de aquellos cuyas necesidades de salud no se atienden en el ámbito local o que no cuentan con un estado propio (p.e., desplazados), y
- la movilización de recursos para financiar actividades de investigación y desarrollo dirigidas a atender las necesidades de salud de los pobres.

Dos de las iniciativas en las que se concretan los retos y estrategias identificados por la OMS, así como las funciones básicas ahora reconocidas para la organización, son "Hagamos Retroceder al Paludismo" y "Por un Ambiente Libre de Tabaco".

El objetivo de la nueva campaña contra el paludismo es contener una enfermedad que es endémica en el 40% de la superficie terrestre, produce un millón de muertes al año y está impactando de manera creciente el bienestar social y el crecimiento económico en todo el mundo, pero en particular en los países ubicados al sur del Sahara. La cam-

paña contempla la movilización de recursos para la investigación, el diseño y la diseminación de tecnologías apropiadas, y el fortalecimiento de los sistemas locales de salud. "Con una inversión adicional de aproximadamente 1 000 millones de dólares al año en el fortalecimiento de los sistemas de salud", nos dice el *Informe*, "las muertes totales por paludismo podrían disminuir a la mitad."

Por lo que se refiere a la campaña contra el consumo de tabaco, se trata de limitar los efectos de un factor de riesgo que en la actualidad es responsable de 4 millones de muertes al año y que en el 2020 podría producir hasta una de cada siete muertes en adultos, la mayoría en el mundo en desarrollo. Los cuatro principios en los que descansa esta iniciativa son los siguientes:

- Proporcionar información de salud pública a través de los medios de comunicación y las escuelas, y erradicar la publicidad que promueve el consumo de tabaco;
- utilizar impuestos y regulaciones para reducir el consumo;
- estimular la suspensión del uso del tabaco mediante la promoción de fuentes menos dañinas y costosas de nicotina que podrían administrarse en cantidades decrecientes, y
- construir coaliciones antitabaco en los ámbitos local, nacional e internacional.

Otra de las iniciativas que llaman la atención de este *Informe* es la que se refiere al apoyo al desarrollo integral del sector salud, que se sustenta en la promoción de políticas saludables fuera del sector y en la reforma de los sistemas de salud. A este último respecto vale la pena destacar el papel que la nueva administración de la OMS otorga al mercado y la visión que tiene sobre

el acceso universal a servicios de salud.

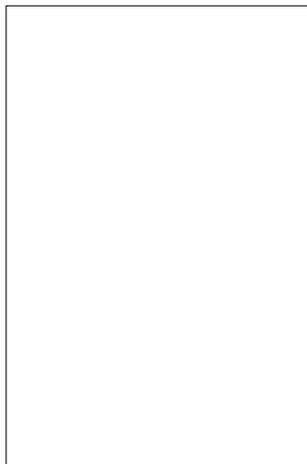
El *Informe de 1999* reconoce que muchos de los productos necesarios para mejorar las condiciones salud se producen en el sector privado. Sin embargo, también señala que los valores de la organización no son compatibles con la idea de racionar los servicios de salud de acuerdo con la capacidad de pago de los individuos. De hecho, en el mensaje introductorio del *Informe*, firmado por la Dra. Brundtland, se señala:

Las propuestas de mercado no sólo conducen a una inequidad inaceptable con respecto a un derecho humano fundamental, sino que además existen evidencias teóricas y empíricas que indican que los mercados en el campo de salud son también ineficientes. Los mecanismos de mercado tienen una enorme utilidad en muchos sectores y han promovido el crecimiento económico por más de un siglo en Europa y otras partes del mundo. Sin embargo, los mismos países que han recurrido al mercado para alcanzar los altos niveles de ingreso de los que hoy disfrutan son los que se han apoyado de manera más franca en el gobierno para financiar sus servicios de salud.

Finalmente, por lo que toca a los criterios de acceso a los servicios de salud, esta publicación promueve un término que seguramente será muy controvertido, "nueva universalidad", que "reconoce los límites del gobierno pero que retiene para las agencias gubernamentales la responsabilidad del liderazgo, la regulación y el financiamiento de los sistemas". En este término está contenida también la idea de que "si se han de proveer servicios de salud para todos no todos los servicios podrán proveerse". En este caso los servicios más costo-efectivos tendrían que proporcionarse primero.

Para concluir, puede señalarse que a juzgar por este primer informe de la nueva administración de la OMS, esta agencia vuelve a contar con una clara visión, con prioridades bien identificadas y con renovados fundamentos técnicos, factores todos que, esperamos, le ayudarán a reconstituir su liderazgo.

Octavio Gómez Dantés
Director de Políticas
de Salud y Planeación,
Centro de Investigación
en Sistemas de Salud,
Instituto Nacional de Salud Pública.



 Bronfman M, Castro R, coords. **Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina.** México, D.F.: Edamex, 1999.

La obra que aquí se reseña reúne los trabajos más sobresalientes del IV Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina, cuyas aportaciones fundamentales se centran en la discusión de la influencia de procesos de cambio social y político en la salud de las poblaciones, desde una perspectiva amplia y plural.

En términos generales, la labor editorial de Bronfman y Castro lo-

gra presentar un panorama completo de la interacción entre propuestas conceptuales y metodológicas relacionadas con la investigación en ciencias sociales y medicina en América Latina, por un lado, y de procesos de cambio y respuestas sociales ante las necesidades de salud derivadas de estos procesos en la región, por el otro. Esta integración se presenta en cinco apartados que representan en sí mismos los ejes temáticos que dan cohesión al libro, al margen de su diversidad temática. Estos ejes son: a) problemas metodológicos y éticos; b) desigualdad, género y salud; c) servicios, sistemas y políticas de salud; d) la atención de la salud: la comunidad, los profesionales y las alternativas, e) problemas específicos de salud en la modernidad.

En el ámbito conceptual y metodológico, la obra se plantea el reto de fundamentar la investigación en ciencias sociales y salud en el contexto de modelos teóricos y propuestas metodológicas, cuyo potencial explicativo permite establecer la influencia de la transición epidemiológica, demográfica, política y cultural presente en la salud de diversos grupos y contextos sociales que conforman el mosaico latinoamericano. Desde esta perspectiva, los ensayos que integran el volumen permiten establecer que el proceso salud-enfermedad es un ámbito dinámico y permeable al cambio en los términos de la transición apuntada, postulado que se ve reflejado en cada uno de los capítulos que integran el libro y que permite al lector establecer un balance significativo entre propuestas conceptuales y hallazgos de investigación.

Una de las propuestas esenciales derivada de la lectura de la obra en su conjunto es que la dimensión social de la salud se construye en diversos escenarios, donde la interacción entre diversos padecimientos, los daños a la salud que éstos cau-

san y las respuestas sociales desplegadas para atenderlos en contextos sociales particulares, está supeditada por variables políticas y sociales de gran complejidad.

Como parte de esta dinámica, se aborda de manera directa la necesidad de vincular los conocimientos producidos en el ámbito de la investigación con la toma de decisiones, abordando y documentando de manera cuidadosa las determinantes epidemiológicas, sociales y políticas de cada problema descrito a lo largo del texto desde una perspectiva sistémica. Este abordaje retoma discusiones conceptuales de las ciencias sociales relacionadas con el estudio de la desigualdad social, el género y la etnicidad, las cuales funcionan como ejes heurísticos de diversas expresiones relacionadas con el manejo social de los problemas de salud y las determinantes de las estrategias desplegadas en distintos contextos para enfrentarlos.

Sin duda, uno de los aciertos más significativos de este libro estriba en sus alcances conceptuales para el campo particular de la investigación en sistemas de salud. En este caso se presentan diversos abordajes a procesos particulares de la reforma y la descentralización de los servicios de salud, y se destacan los procesos sociales que influyen en ellos y determinan su viabilidad. Los ensayos que se refieren a este debate discuten críticamente algunos de los fundamentos filosóficos, económicos, jurídicos y políticos de las experiencias de reforma en Latinoamérica, mostrando que las posturas fundamentadas en políticas de financiamiento de corte costo-efectivas —en las que se sustentan buena parte de estas propuestas— han generado grandes inequidades y han limitado el acceso de la población a modelos más amplios de atención a la salud. En torno a esta problemática se muestra que buena parte de los factores que influyen en este pro-