



El Sector Salud en el Decenio de los Ochenta

Estrategias regionales para alcanzar la meta
de salud para todos en el año 2000



SANTIAGO DE CHILE, 1981

E/CEPAL/G.1185
Septiembre de 1981

*Documento preparado para el decimonoveno período de sesiones de la Comisión Económica para América Latina, Montevideo, Uruguay, 4 al 16 de mayo de 1981.

CONTENIDO

| | <u>Página</u> |
|--|---------------|
| Introducción | 1 |
| 1. EL SECTOR SALUD EN EL DECENIO DE LOS SETENTA | |
| 1.1 Situación en salud | 3 |
| 1.2 La extensión de la cobertura de los servicios y de los sistemas de salud | 7 |
| 2. EL SECTOR SALUD EN EL DECENIO DE LOS OCHENTA | |
| 2.1 Objetivos y metas | 13 |
| 2.2 Análisis de la meta "Salud para Todos en el Año 2000" y de las implicaciones de su estrategia principal: Atención Primaria | 14 |
| 3. INSTRUMENTACION DE LOS OBJETIVOS DEL SECTOR SALUD | |
| 3.1 Características sociales que deben considerarse en el desarrollo de las estrategias | 19 |
| 3.2 Políticas y estrategias regionales | 20 |

INTRODUCCION

El presente documento plantea las estrategias del sector salud para los países de América Latina y el Caribe dentro del presente decenio. Estas estrategias y sus metas, que están vinculadas a la meta de "Salud para Todos en el Año 2000" y su estrategia principal "Atención Primaria", fueron adoptadas por los Gobiernos de las Américas en la XXVII Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud en octubre de 1980. Consecuentemente, este documento contiene una síntesis de la evolución del sector salud en el decenio pasado y de sus perspectivas; una descripción de los objetivos y metas, y un resumen de las estrategias adoptadas en la reunión antes mencionada. Incluye, además, consideraciones sobre algunas características sociales dentro de las cuales, muy probablemente, estas estrategias operarán, como también, analiza las implicaciones principales de "Salud para Todos en el Año 2000" en el desarrollo económico y social de estos países.

1. EL SECTOR SALUD EN EL DECENIO DE LOS SETENTA

El análisis del desarrollo del sector salud, ocurrido en los países de América Latina y el Caribe en el decenio de los setenta, se basa en las evaluaciones de la situación en salud y de la extensión de la cobertura de los sistemas de servicios de salud, que consideradas en conjunto, explican suficientemente la evolución observada.

1.1 LA SITUACION EN SALUD

EVOLUCION DEMOGRAFICA

Dos rasgos fundamentales han caracterizado la evolución demográfica de la América Latina y el Caribe durante las últimas décadas: el alto crecimiento de la población total y el sostenido aumento de la población urbana, principalmente en las grandes ciudades. Entre 1960 y 1980 la población total se incrementó de 215 a 367 millones de habitantes, es decir en un 72% en los últimos 20 años, durante los cuales la población creció a una tasa geométrica promedio anual de 2.7%. Esta tasa mostró una leve declinación durante el último decenio y se estima que seguirá disminuyendo en los dos próximos decenios hasta llegar a 2.4% anual entre 1990 y el año 2000.

La mortalidad general, entre 1960 y 1980, se redujo de una tasa de 13.7 a otra de 8.9 defunciones por mil habitantes y se estima que durante los últimos 20 años del siglo llegará a 6.3 por mil. Este descenso en la mortalidad, que causó mayor impacto en las edades inferiores, ha dado origen a un incremento en la esperanza de vida al nacer que de 63.7 años en el quinquenio 1975-1980, llegaría a 70.4 años en el último quinquenio del siglo. El mantenimiento de niveles relativamente elevados en la fecundidad explican por qué no se ha presentado un envejecimiento mas acentuado de la población. La población de 45 años y más, que en 1980 constituye el 15.9% pasaría al 17.3% en el año 2000. En números absolutos esto significa un aumento de 59 millones de habitantes a 105 millones.

La población urbana de la América Latina y el Caribe que se encuentra en un proceso de crecimiento acelerado, alcanza en 1980 el 64% del total y en el año 2000 llegará a más del 72%; es decir que a fines del siglo casi 4 de cada 5 personas en América Latina y el Caribe estarán habitando localidades consideradas urbanas, y más de la mitad de la población urbana estarían viviendo en ciudades de 100,000 y más habitantes.

MORTALIDAD Y MORBILIDAD

Se ha podido observar una declinación importante de la mortalidad general en América Latina y el Caribe durante los últimos decenios. La tasa de mortalidad bruta que muestra un promedio anual de 12.5 defunciones por mil habitantes en el quinquenio 1955-1960, disminuyó hasta 8.3

defunciones por mil habitantes en 1975-1980, lo que significa una reducción de un tercio en los últimos 20 años. Se estima que durante los próximos 20 años la tendencia ha de mantenerse para alcanzar en el último quinquenio del siglo una tasa de 5.7°/..

La disminución de la mortalidad general en la América Latina y el Caribe se explica principalmente por las reducciones importantes logradas en la mortalidad de los niños menores de 5 años, y en especial, de la mortalidad infantil, en la que se puede observar un descenso, en el último decenio, de valores situados alrededor de 106 a 67 defunciones de menores de un año por cada mil nacidos vivos. A estos logros contribuyeron especialmente el mejoramiento del ambiente y de la nutrición, así como el éxito de los programas de inmunizaciones. Por ejemplo, la tuberculosis y las enfermedades para las cuales existen vacunas de comprobada efectividad que constituían el 6% de todas las defunciones al iniciarse la década pasada, podrían actualmente explicar sólo alrededor de un 2% de la mortalidad. No obstante, las enfermedades infecciosas y parasitarias son todavía causas importantes de muerte en la Región y especialmente en los países del Area Andina y del Istmo Centroamericano. En especial, las defunciones por enfermedades diarreicas y otras para las cuales las medidas de ataque se basan principalmente en el control del ambiente, siguen constituyendo una elevada proporción de las muertes. Así, al promediar la década de 1970-1980, en algunos países del Istmo Centroamericano más de la quinta parte de las defunciones se debieron a ese grupo de enfermedades y es posible que en el Area Andina tal proporción llegue a un 10 por ciento.

Las defunciones debidas a enfermedades respiratorias agudas constituyen entre el 10 y el 15% del total de la Región, existiendo países del Area Andina y Centro América en que dicha proporción se eleva considerablemente.

La mortalidad por tumores explica alrededor del 6 al 7% de las muertes, mientras que las enfermedades cardiovasculares en su conjunto representan de un 10 a un 45% en los países de la América Latina y el Caribe.

En suma, las enfermedades transmisibles y algunas asociadas con las condiciones ambientales y la nutrición, continúan siendo causas importantes de muerte en la Región. Sin embargo, se prevé una notable disminución de su impacto en los próximos decenios, en los que entrarían a cobrar mayor importancia las enfermedades crónicas y degenerativas y la mortalidad por tumores y daños cardiovasculares, las que, junto con los accidentes y las muertes violentas, llegarían a constituir las tres cuartas partes de las defunciones esperadas.

La aplicación del programa ampliado de inmunizaciones en todos los países seguramente producirá una virtual eliminación de la poliomielitis, el sarampión, la difteria, el tétanos y la tos ferina. Se estima que durante la próxima década y en la subsiguiente los casos de estas enfermedades solo serán esporádicos. No es posible suponer lo mismo en lo referente a las enfermedades diarreicas, a pesar de las coberturas propuestas para la extensión de los servicios de agua potable en "El Decenio del Agua Potable y del Saneamiento," debido a que no es de esperar rápidos progresos en los índices nutricionales y en la higiene de los alimentos. Aunque la mortalidad por estas causas ha de disminuir de manera importante, la morbilidad continuará siendo, en el futuro, de un gran volumen.

Las enfermedades respiratorias agudas tendrán también un impacto destacable en la mortalidad, aunque probablemente en declinación. En cambio, la morbilidad, a menos que haya desarrollos tecnológicos espectaculares de tipo preventivo, seguirá teniendo un peso importante.

Las enfermedades de transmisión sexual, que han adquirido mayor severidad en los últimos años, continuarán siendo un serio problema durante las próximas décadas.

La lepra es endémica en 14 países. Los adelantos logrados con la utilización de nuevas drogas, permiten esperar que este problema se reduzca de manera notable, sobre todo si se logra el éxito esperado en la preparación de una vacuna efectiva.

Varias enfermedades transmitidas por virus, incluyendo la fiebre amarilla, el dengue, las enfermedades por arbovirus, etc., han mantenido su nivel de incidencia, pero se espera que a medida que se intensifiquen el control y las acciones de saneamiento y la lucha contra los vectores puedan ser reducidas considerablemente.

De igual manera es posible que produzcan frutos los esfuerzos que se realizan en el ámbito de enfermedades parasitarias como la enfermedad de Chagas, la leishmaniasis, la esquistosomiasis, la filariasis, las hidatosis, etc., que actualmente muestran prevalencias elevadas en varios países.

La malaria, para cuyo control se ha tropezado con serias dificultades, ha tenido un resurgimiento en los últimos años en varios países. Las medidas que están siendo tomadas permiten suponer que han de lograrse reducciones durante las próximas décadas.

La evolución esperada en las enfermedades transmisibles y los cambios de la estructura demográfica en la América Latina y el Caribe, hacen prever que la demanda de atención por morbilidad de las enfermedades mentales, cardiovasculares y por tumores se habrá de incrementar sostenidamente en el futuro. Es lógico suponer que esta demanda esté asociada a otros problemas vinculados al envejecimiento de la población y al fenómeno de la urbanización.

EVOLUCION DE LA ALIMENTACION Y NUTRICION

Al iniciarse el decenio de los 70, la situación nutricional y alimentaria en Latinoamérica y el Caribe se caracterizaba por evidentes desequilibrios en el estado nutricional y en la distribución y el consumo de alimentos básicos, particularmente en los grupos de población de más bajos ingresos.

La desnutrición energético-proteica afectaba alrededor de 28 millones de niños menores de cinco años, o sea el 61.5% del total de individuos en este grupo de edad; de éstos, aproximadamente el 18.9% sufría desnutrición moderada y avanzada. Por otra parte, el bocio endémico debido fundamentalmente a la deficiencia de yodo en la alimentación, mantenía una prevalencia entre el 10 y el 60% de la población total en 10 países. A pesar de existir legislación sobre yodización de la sal para consumo humano, los programas adolecían de bajas coberturas, especialmente en aquellos países con mayor prevalencia de la endemia.

Las anemias por deficiencia de hierro afectaban entre el 29 y el 63% de las embarazadas y del 14 al 30% de las mujeres en todas las edades. En preescolares y escolares varió de 6 a 18% en las ciudades y entre 7 y 20% en áreas rurales. La hipovitaminosis A variaba del 5 al 45% en la población general, y en algunos países se informaron casos de trastornos oculares y xeroftalmia por esta causa.

Esta situación contrastaba con la capacidad potencial de los países para satisfacer la demanda de alimentos. En este sentido, debe señalarse el progreso entre 1961 y principios de la década de los 70, respecto a disponibilidad promedio de calorías, que se incrementó de 2,400 a 2,600 per cápita/día, mientras que la de proteínas solo varió de 64 a 66 gramos. Sin embargo, hacia 1975 alrededor de ocho países aún presentaban déficits en la disponibilidad promedio de calorías, mientras que en 16 países las cifras estaban por encima de las recomendaciones.

Obviamente que el análisis de la desnutrición, partiendo de los indicadores promedios disponibles, enmascara fuertemente la magnitud y el significado de este problema. No solo existen diferencias marcadas entre países en cuanto a la desnutrición de su población y la disponibilidad de alimentos y entre las diversas regiones geográficas de los mismos, sino que existe evidencia suficiente para afirmar que las diferencias entre los distintos estratos socioeconómicos de las poblaciones son sustantivas. Estimaciones efectuadas mediante encuestas especiales permiten posible afirmar que, en general, los déficits de los grupos pobres de población varían entre el 10 y el 20%. Debe mencionarse también que en los sectores afluentes de la población latinoamericana el problema de la sobrealimentación, propio de los países desarrollados, empieza a evidenciarse en términos de sobrepeso, obesidad y su asociación con enfermedades cardiovasculares e hipertensivas. Se estima que alrededor del 5% de la población consume, en promedio, alrededor de 5,000 calorías per cápita/día, es decir, el doble de la recomendación para un adulto joven.

El hecho de que el problema de la desnutrición persista, no obstante la aparente adecuada disponibilidad promedio de alimentos, sugiere que las soluciones trascienden el simple incremento de la producción agrícola, y que los esfuerzos de los países deben orientarse hacia soluciones estructurales del problema, incluyendo entre otras, el mejoramiento del ingreso real de la población pobre, la protección integral de su salud, y la elevación de sus niveles educativos.

Aunque los servicios públicos de salud reciben en forma directa el impacto de la desnutrición y realizan acciones paliativas para combatirla, la multicausalidad del problema obliga a tomar medidas intersectoriales para su solución, que deben basarse en una política nacional de alimentación y nutrición.

EVOLUCION DEL MEDIO AMBIENTE

Al final de 1978 había 198 millones de habitantes en América Latina y el Caribe que tenían acceso al abastecimiento de agua mediante conexiones domiciliarias o fuentes públicas. De los 201 millones de habitantes de las zonas urbanas, 140 millones (70%) tenían conexiones a domicilio y 43 millones (34%) de pobladores rurales tenían acceso al agua potable. Así mismo, 84 millones (43%) de habitantes urbanos tenían acceso a servicios de alcantarillado, pero sólo tres millones (2.4%) de los residentes en las zonas rurales disponían de los mismos.

En 1976 la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Asentamientos Humanos (HABITAT), recomendó que se considere la provisión de agua potable y servicios de saneamiento al mayor número posible de habitantes para 1990. Posteriormente en 1977 la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Agua adoptó esa recomendación y proclamó el Decenio Internacional del Abastecimiento de Agua Potable y del Saneamiento (1981-1990) con la meta de proporcionar durante dicho período servicios seguros de agua potable y de saneamiento a todos los habitantes, dando preferente atención a los residentes pobres de las zonas rurales y periurbanas.

El logro de mejores niveles de salud implicará que, además de lo esperado respecto a la provisión de servicios de abastecimiento de agua y disposición de excretas, habrá que dar creciente prioridad a otros aspectos importantes del medio ambiente como son la recolección y eliminación de residuos sólidos, el control de la contaminación ambiental y otros riesgos resultantes del crecimiento demográfico, el rápido desarrollo industrial, y la organización y la mecanización de la agricultura. Igualmente, se debe prestar particular atención a la salud ocupacional, la protección alimentaria, y a la prevención de los impactos negativos en la ecología humana de cierto tipo de grandes proyectos de inversión.

1.2 LA EXTENSION DE LA COBERTURA DE LOS SISTEMAS DE SERVICIOS DE SALUD

A principios del decenio pasado cerca de un 40% de la población de los países de América Latina y el Caribe no contaba con ningún tipo de servicio para el cuidado de su salud. En respuesta a este problema los gobiernos, en su Plan Decenal de Salud para las Américas, establecieron como meta principal para la década de los 70 "el logro de la cobertura total de la población por los sistemas de servicios de salud para todos los países de la Región". Con el propósito de instrumentar ese objetivo identificaron como necesarias, entre otras, un conjunto de actividades tendientes a ampliar y reorientar la producción de los servicios de salud mediante el incremento de la capacidad instalada, el mejoramiento de la administración y productividad de los sistemas, el reordenamiento de las instituciones sectoriales, y la investigación sobre tecnologías de salud más eficientes. La evolución de los conceptos iniciales sobre el desarrollo de la cobertura de servicios fue notable, y en la actualidad los países evidencian grandes diferencias de enfoques y estrategias en sus procesos de extensión de cobertura, aunque es posible advertir ciertas características comunes.

En cuanto a los grupos humanos a los que se concede mayor prioridad, que inicialmente estaban constituidos por los habitantes marginados de las zonas rurales, en particular madres y niños, fueron ampliándose paulatinamente con la identificación de nuevos grupos. Adquirieron así significativa importancia las poblaciones urbanas marginadas o subatendidas. Con respecto a los recursos reales, es posible advertir una tendencia, en el decenio, a la disminución de las tasas de camas hospitalarias y un incremento, absoluto y relativo, de los establecimientos de salud elementales, como una respuesta a la necesidad de aumentar la red de servicios para mejorar la accesibilidad geográfica de la población al sistema.

La organización y funcionamiento del sector constituyó otra área de preocupación. En general, las actividades se orientaron a mejorar la coordinación interinstitucional, a desarrollar los procesos de planificación y administración en búsqueda de una mejor asignación de recursos a

las prioridades y una mayor eficiencia de los mismos, y a perfeccionar los planes de inversiones y los programas de mantenimiento de la capacidad instalada y de apoyo logístico a las unidades productoras de servicios.

A mediados de la década se advierte una preocupación general por el reordenamiento de los sistemas de servicios por niveles de atención, conectados por esquemas de referencia entre los mismos y dentro de una concepción de regionalización funcional. Paralelamente se generaliza el reconocimiento de los sistemas comunitarios (informales), de sus funciones y de la importancia de su vinculación con los sistemas institucionales, así como la búsqueda de nuevas soluciones tecnológicas y administrativas y la utilización de personal no convencional.

La decisión de numerosos gobiernos de extender masivamente y en muy corto plazo los servicios de salud a toda la población provocó trastornos iniciales en los sistemas. La incorporación en corto plazo a los sistemas de una cantidad de recursos físicos y humanos relativamente considerable y la necesidad de adoptar soluciones y procedimientos técnicos y administrativos distintos de los habituales como un imperativo para maximizar la eficiencia y eficacia de los recursos, produjo un impacto negativo en la ya escasa capacidad operativa de los sistemas. Esto causó en muchos casos confusión y vacilación en la decisión de expandir la cobertura. Sin embargo, contribuyó a fortalecer las decisiones de desarrollar al máximo la capacidad gerencial de los sistemas y a la búsqueda y aplicación de nuevas soluciones técnicas y administrativas.

La identificación y selección de tecnologías apropiadas fue consecuentemente una de las preocupaciones de la década, pero esta se tradujo más una inquietud que un esfuerzo sistemático y, en general, careció de orientaciones precisas.

La llamada transferencia tecnológica ha sido históricamente el mecanismo más generalizado del desarrollo tecnológico de la Región. En la práctica consistió en la aceptación y adquisición masiva de tecnologías independientemente de sus posibilidades reales de uso y adaptación, en el contexto peculiar de los sistemas nacionales de salud. La experiencia obtenida durante las décadas de los 60 y 70 evidenció que la aplicación automática de la tecnología foránea no generaba, en la mayoría de los casos, los beneficios observados en los países centro, en donde esa tecnología fué creada.

La actual decisión de alcanzar la salud para todos en el año 2000 siguiendo la estrategia de "Atención Primaria," coloca a los países de la Región en la ineludible situación de buscar y lograr tecnologías apropiadas que permitan alcanzar esa meta.

Con respecto al desarrollo de la investigación en el campo de la salud y de los sistemas de servicios, se observa un aumento cuantitativo en las investigaciones en salud desde la década de los 60; sin embargo, el análisis parece evidenciar que la selección de los temas de investigación no ha sido a menudo consistente con las prioridades establecidas por los sistemas nacionales de salud.

Durante la década de los 70, si bien persiste en cierta medida esta característica, se observa un creciente interés en varios países por la formulación de políticas específicas de desarrollo de las ciencias, para el campo de la salud, que incluyen una reorientación de la temática.

Se generaliza el reconocimiento de la necesidad de fortalecer los centros de investigación existentes y la implantación de mecanismos para el desarrollo de tecnologías apropiadas a las condiciones de cada país. Al promediar la década se acentúa la tendencia a desarrollar sistemas de información y documentación científica y tecnológica. Una expresión formal de esta preocupación es la creación de unidades de planificación de la investigación en los Ministerios de Salud.

La necesidad de perfeccionar la articulación del sector salud con los otros sectores del desarrollo económico y social fue una de las preocupaciones del decenio, que cobra aún mayor vigencia debido a que una condición esencial para alcanzar se la meta de salud acordada para los próximos decenios, se relaciona con la vinculación efectiva entre el sector salud y los otros sectores.

A principios del decenio de 1960 ese enfoque se vio reforzado por la iniciativa adoptada a escala continental en Punta del Este y por el impulso que con ella recibieron los procesos de planificación del desarrollo económico y social, al que se incorporó formalmente el sector salud. En el decenio de 1970 se volvió a destacar el problema, principalmente como resultado de la decisión adoptada en la III Reunión Especial de los Ministros de Salud de las Américas de extender la cobertura de los servicios de salud a toda la población.

Las primeras actividades del sector salud tendientes a mejorar la articulación con otros sectores, en particular los de educación y agricultura, se concentraron en acciones de escala local o comunitaria. En general, esos programas comprendieron aspectos de desarrollo de la comunidad, mejora de las condiciones del medio ambiente, educación sanitaria, nutrición, producción de ciertos alimentos para uso de la familia o la comunidad y algunos aspectos básicos de protección de la salud. Un ejemplo notorio de ese modo de proceder fueron los programas integrados de nutrición y alimentación.

Durante algún tiempo, muchas de esas actividades dieron resultados positivos, aunque limitados. Las exigencias en cuanto a volumen, concentración, y administración de los recursos necesarios hicieron prácticamente imposible reproducir estos programas de dimensión limitada a un nivel suficiente para conseguir impacto de índole regional o nacional. Además, se tropezó con problemas sustantivos, por ejemplo, la falta de un firme sustento institucional, debido, en parte, a que los objetivos de estos programas no se ajustaban a las políticas nacionales, regionales, locales e institucionales en materia económica y social. Las actividades adolecieron, además, de una falta de supervisión y coordinación adecuadas. Un factor destacable por su influencia en la coordinación intersectorial y en la participación de la comunidad fue la frecuencia con que diversos programas que eran análogos pero tenían distintos fines, intereses y patrocinadores, se aplicaron simultáneamente a una comunidad (generalmente pequeña) y compitieron por la atención de ésta y por su participación.

Al resultar evidente el efecto mínimo que tenían esos programas "articulados" a escala local, particularmente en la solución de los problemas de desnutrición, y vista la dificultad de mantenerlo durante el tiempo necesario, los esfuerzos en materia de articulación intersectorial se reorientaron hacia la concertación de acuerdos nacionales de alto nivel. Estos esfuerzos se vieron inicialmente coronados por el éxito, y a principios del decenio de 1970, la mayoría de los gobiernos hicieron

declaraciones oficiales y las formalizaron de diversos modos. En breve pudo apreciarse que tanto éstas como la institucionalización de grupos intersectoriales, no generaban el compromiso necesario para su aplicación efectiva. Pese a esos aspectos, lo que sí se consiguió fue un mejor reconocimiento de los problemas de salud y de su relación con todo el proceso de desarrollo nacional. Otro efecto particular de estas iniciativas fue la institucionalización de "unidades de salud" y de "sectores de alimentación y nutrición" en los organismos nacionales de planificación del desarrollo económico y social.

Inicialmente, estas unidades de salud desplegaron su máxima actividad en la preparación de evaluaciones y planes de salud y en la determinación de las necesidades en cuanto a asignación sectorial de recursos. Los planes nacionales producidos se limitaron en la mayor parte de los casos a los ministerios de salud. En la actualidad, casi todos esos planes abarcan la mayoría de las instituciones del sector público y están en mayor o menor medida coordinados e incluidos en los planes generales de desarrollo; sin embargo, el problema de la articulación intersectorial efectiva está en gran parte por resolver. Ha de señalarse que esta falta de una programación intersectorial efectiva no se limita al sector salud sino que, en general, se observa en todos los sectores sociales que están oficialmente representados en los organismos de desarrollo. Por otra parte merece un análisis detallado la experiencia que ha adquirido el sector salud al participar en la programación regional integrada. En la mayoría de los casos, la participación del sector salud en los que se denominan "proyectos de desarrollo rural integrado" ha sido muy escasa y juxtapuesta a la de otros sectores sociales, pero sin una verdadera integración de objetivos ni otros requisitos necesarios.

En lo referente a los grandes proyectos de desarrollo, generalmente no ha habido problemas en cuanto a la aceptación y reconocimiento de la necesidad de planificar los servicios sociales como parte del proyecto central. Sin embargo, casi invariablemente, han surgido además de problemas metodológicos, otros de tipo administrativo y jurisdiccional entre los ministerios de salud y los organismos autónomos que suelen establecerse para ejecutar y administrar ese tipo de proyectos. Pese a esos obstáculos, los proyectos de esa clase, por su magnitud y repercusiones, y algunas experiencias positivas, parecen constituir un buen medio estratégico para vigorizar el proceso de articulación intersectorial en los países.

Si bien es posible afirmar en general que la disponibilidad de recursos humanos para el sector salud ha tendido a aumentar en términos absolutos y relativos durante el decenio de los 70, subsisten todavía serios problemas que afectan la eficacia y la eficiencia de los sistemas de salud tanto en la estructura como en la adecuación de esos recursos humanos a las necesidades cambiantes de las demandas y las condiciones socio-económicas en que estas se insertan.

Los análisis efectuados concuerdan en que las causas más probables de las deficiencias advertidas serían la falta de políticas sobre el desarrollo de recursos humanos y la debilidad de la coordinación entre las instituciones formadoras de personal y las instituciones que lo utilizan, lo que se refleja en la inadecuación de los programas de formación a las necesidades reales de la sociedad y a las características de los servicios de salud. Asociada a este problema se agrega la falta de actualización programada del personal de salud. En algunos países se establecieron sistemas de información sobre recursos humanos y

se comenzaron a desarrollar estudios para el diseño de perfiles ocupacionales. A su vez se formularon pautas de empleo para el personal capacitado y para la redefinición de los procesos educativos, la reorientación del adiestramiento y la reestructuración de programas de enseñanza básica y continuada, con el objeto de ajustar la estructura y la capacidad del personal a las necesidades de la comunidad y a los nuevos enfoques, procedimientos y técnicas que se están adoptando en los sistemas de servicios.

Como respuesta a los problemas de estructura y adecuación de recursos humanos, la mayoría de los ministerios de salud organizaron oficinas de recursos humanos con el propósito específico de mejorar la planificación de esos recursos.

El análisis de la evolución del financiamiento del sector salud, desde una perspectiva regional, se ve sumamente limitado por la falta de información relevante y la ambigüedad y poca confiabilidad de los escasos datos disponibles. Estos problemas de información están presentes en un gran número de países, constituyendo un escollo de importancia para mejorar la adopción de decisiones sobre la organización y administración de los sistemas nacionales de salud y para el proceso de asignar y controlar los recursos reales y financieros. Las exigencias de la meta adoptada por los países para los próximos decenios hará urgente la evaluación de este problema y la búsqueda de soluciones en las cuales deberán participar, entre otros, los servicios de estadística económica de cada país.

La información disponible permite advertir ciertas tendencias que, si no se corrigen, podrían dificultar gravemente el logro de la "salud para todos" en muchos países. Por ejemplo, en la segunda mitad del decenio anterior se ha observado, en algunos países, una disminución de la proporción de los recursos totales que el Estado asigna a la financiación de servicios de salud, aunque en unos pocos casos, la proporción de recursos nacionales dedicada a salud es muy análoga a la que se observa en los países más industrializados del mundo. Paralelamente parece advertirse una declinación del cometido de los ministerios de salud conjuntamente con una proliferación de organismos públicos y privados, inclusive instituciones autónomas y semiautónomas análogas a las de seguridad social. Este fenómeno además de atomizar los recursos financieros y humanos acentúa la discriminación en el acceso a la atención de la salud, intensifica la crónica incoordinación de las actividades nacionales de salud, favoreciendo la duplicación de instalaciones y servicios y constituyendo un factor importante de aumento de los costos de las prestaciones.

En todos los países se evidencia la necesidad urgente de reducir los costos, por medio de la adopción de nuevos enfoques y procedimientos administrativos y de nuevas soluciones tecnológicas que permitan combinaciones de recursos más eficientes. Tomando como base los actuales costos unitarios disponibles para algunos servicios de salud, parece ser que muchos de los países tendrían que dedicar al sector más del 15% del PBI a fin de alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000. Conforme a esto parece evidente la necesidad de revisar los mecanismos actuales de financiamiento sectorial para permitir utilizar con mayor eficiencia la importante proporción de los recursos que actualmente se destinan al sector privado y a diversos subsistemas que por su naturaleza resultan discriminatorios. En el contexto de la meta y de las estrategias adoptadas por los gobiernos resulta necesario determinar quién paga en realidad por los servicios de salud. Por ejemplo en algunos países

ciertos grupos de población, principalmente los de zonas rurales y los más pobres de las zonas urbanas, contribuyen a financiar sistemas de seguridad social sin recibir ningún beneficio. Se observa que la naturaleza regresiva de las fuentes de fondos utilizadas para financiar estos programas unida a la restricción de la cobertura de los servicios que prestan, contribuye, en la práctica, a la perpetuación de desigualdades sociales.

Durante la década de los 70 se reafirmó en las Américas el concepto de cooperación técnica y financiera como instrumento para responder, no solo a las necesidades reales definidas por los países, sino también para favorecer el desarrollo de tecnologías adecuadas y estimular el fortalecimiento de las propias capacidades para asegurar efectos duraderos. En ese período las agencias internacionales y bilaterales de cooperación técnica y financiera introdujeron importantes cambios en sus políticas y enfoques. Las agencias bilaterales y los bancos internacionales y regionales aumentaron su participación en la cooperación directa a los países con respecto a las agencias multilaterales de la familia de las Naciones Unidas. La cooperación internacional siguió, en gran medida, los lineamientos del Plan Decenal de Salud de las Américas, proclamado por los Gobiernos a principios de los 70. Las necesidades de los países de ayuda externa para el cumplimiento de sus propósitos de extensión de cobertura indujeron, en cierta medida, un cambio de la estructura de la cooperación, así como en las políticas de préstamos de los bancos internacionales y regionales. Al final de la década el concepto de la cooperación técnica entre países en desarrollo (C.T.P.D.) y su instrumentación comenzó a ser preocupación de los gobiernos. Posiblemente esta tendencia provocará cambios significativos tanto en los modos como en la estructura de la cooperación internacional.

No obstante el aumento relativo de la cooperación internacional al sector salud, continúa siendo preocupación su falta de coordinación y la evidencia de que existe en algunos casos cierta subutilización de la asistencia concedida. En ese sentido se ha generalizado el reconocimiento por parte de los países de la necesidad de aumentar la capacidad de los sectores nacionales de salud para el análisis y programación de sus requerimientos de cooperación internacional, perfeccionar su conocimiento sobre las posibles fuentes, así como de los procedimientos y políticas de estas y mejorar los mecanismos de participación del sector salud en el proceso nacional de decisión sobre la cooperación internacional global para el país.

Cabe esperar que la cooperación técnica entre los países en desarrollo cobrará cada vez más importancia a la luz de las estrategias concertadas para los próximos decenios.

Por otra parte, es motivo de preocupación la tendencia de los países desarrollados, así como de los bancos internacionales y algunas agencias de cooperación multilateral, de desplazar su prioridad hacia países de muy bajos ingresos, en desmedro de la gran mayoría de los países de América Latina y el Caribe. Este problema deberá ser cuidadosamente considerado en las estrategias de cooperación y financiamiento que los países de la Región diseñen para alcanzar la meta de Salud para Todos en el Año 2000. Estas estrategias deberán, obviamente, abarcar tanto el plano intraregional como el mundial, dentro del marco que determinan los propósitos del Nuevo Orden Económico Internacional.

2. EL SECTOR SALUD EN EL DECENIO DE LOS OCHENTA

2.1 OBJETIVOS Y METAS PARA LA REGION DE LA AMERICAS

La Asamblea Mundial de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) decidió en 1977 (Resolución WHA30.43), que la principal meta salud de los gobiernos y de la OMS en los próximos decenios debe consistir en "ALCANZAR PARA TODOS LOS CIUDADANOS DEL MUNDO EN EL AÑO 2000 UN GRADO DE SALUD QUE LES PERMITA LLEVAR UNA VIDA SOCIAL Y ECONOMICAMENTE PRODUCTIVA".

Los Gobiernos de la Región de las Américas en ocasión de la XXVII Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, celebrada en octubre de 1980 (Resolución XX), acordaron las estrategias regionales tendientes al cumplimiento de la meta de "Salud Para Todos en el Año 2000"* y adoptaron los siguientes objetivos y metas específicas:

OBJETIVOS REGIONALES

- "Reestructuración y expansión de los sistemas de servicios de salud para mejorar su equidad, eficacia y eficiencia;"
- "Promoción y perfeccionamiento de la articulación y de la cooperación intersectorial;"
- "Promoción y mejoramiento de la cooperación regional e interregional."

"Estos tres objetivos están orientados a asegurar la contribución específica del sector salud en la reducción de las desigualdades sociales y económicas."

METAS REGIONALES

Esperanza de vida al nacer

"Ningún país de la Región tendrá una esperanza de vida al nacer inferior a 70 años."

Mortalidad infantil

"Ningún país de la Región tendrá una mortalidad mayor de 30 defunciones por cada mil nacidos vivos."

Mortalidad de niños 1-4 años

"Ningún país de la Región tendrá una mortalidad de niños de 1-4 años superior a 2.4 defunciones por cada mil niños de esas edades."

* Adoptada por la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud, en 1979 e incorporada en la Estrategia Internacional del Desarrollo para el Tercer Decenio de las Naciones Unidas para el Desarrollo (NEID).

Inmunizaciones

"Vacunar al 100% de los niños menores de un año con las vacunas para la difteria, tos ferina, tétanos, tuberculosis, sarampión y poliomielitis. Asimismo, aplicar la antitoxina tetánica al 100% de las embarazadas. Incorporar otras vacunas en cuanto lo recomiende la experiencia."

Agua potable y saneamiento

"Proporcionar agua potable y saneamiento básico al mayor número posible de habitantes, especialmente en las áreas rurales y urbanas pobres para 1990, y mantener este esfuerzo hasta el año 2000 mediante la extensión de la cobertura a la población adicional, asegurando la calidad de los servicios."

Cobertura con servicios de salud

"Asegurar el acceso del 100% de la población a los servicios de salud."

2.2 ANALISIS DE LA META "SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000" y DE LAS IMPLICACIONES DE LA ESTRATEGIA DE ATENCION PRIMARIA

La Declaración de Alma-Ata, adoptada por la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud celebrada en Alma-Ata (URSS) en 1978, enfatizó que la "atención primaria es la clave para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000 como parte del desarrollo general conforme al espíritu de la justicia social". Ya en la Región de las Américas, los ministros de salud, en su III Reunión Especial celebrada en 1972, concluyeron que la meta principal del Plan Decenal para la Región de las Américas 1971-1980 "es aumentar la esperanza de vida de sus poblaciones, utilizando como estrategia el desarrollo de los sistemas de servicios nacionales de salud, reorientados a conseguir la cobertura de las poblaciones rurales y urbanas no atendidas o sub-atendidas." Cinco años después, esta estrategia fue ratificada por la IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas (1977), al evaluar la experiencia recogida en el período transcurrido en el decenio, confirmaron la necesidad y posibilidad de lograr aquel propósito y declararon que la atención primaria, dentro de un contexto intersectorial de desarrollo económico y social, es la estrategia principal. La decisión de los Gobiernos de la Región de las Américas es clara e inequívoca. Sin embargo, la complejidad de esta empresa obliga a un análisis cuidadoso del significado e implicaciones de la meta mundial de "Salud para Todos en el Año 2000," y de la estrategia de atención primaria, a fin de poder definir y orientar los esfuerzos nacionales e internacionales necesarios para traducirlos en acciones eficaces y eficientes, consecuentes con aquel propósito.

Es conveniente analizar la naturaleza y la forma en que ha sido expresada la meta y, asimismo, calificar los requisitos que cada país debe establecer en cuanto a sus definiciones operativas.

La característica principal de esta meta es su dimensión totalizadora que considera la salud como uno de los componentes del bienestar de la comunidad. "La salud para todos en el año 2000" es concebida como un componente necesario para "una vida social y económicamente productiva". En este enfoque la meta trasciende los límites de una concepción

de la salud como un fenómeno de "enfermedad-no enfermedad", para considerarla como una resultante social de cada comunidad nacional, que a su vez se expresa concretamente en un determinado estilo (nivel y calidad) de vida. La consecución de esta meta reclama transformaciones sociales y económicas de gran expectativa y hondo significado, así como una revisión de los conceptos en que se basan la orientación y organización de los sistemas nacionales (privado y público) de salud. Esto obliga a cada Gobierno a una cuidadosa ponderación de las implicaciones, los medios y la secuencia de las acciones, necesarios para lograr dichas transformaciones en un tiempo relativamente corto. La meta de salud para todos debe ser considerada no solo como un objetivo que se desea alcanzar sino como el factor dinámico esencial para su proceso de desarrollo. Su potencia principal radica en las posibilidades inmediatas para orientar la definición de políticas, facilitar el diseño de estrategias, formular acciones y propiciar la creación y movilización de los recursos necesarios. La interpretación de la meta como un instrumento conceptual y básico para el "despegue" de un proceso, le confiere vitalidad en su propósito social. Los gobiernos deberán analizar y decidir sus propios caminos dentro de ciertas condiciones de validez general para el logro de este compromiso ético. El desarrollo mismo de esos procesos en el contexto de cada realidad y posibilidad nacionales irá modificando y enriqueciendo las orientaciones y contenidos iniciales.

La meta se expresa no sólo en objetivos de salud a alcanzar sino en términos de acceso, uso y organización de servicios de salud, que conjuntamente con el aporte de recursos y acciones de los otros sectores económicos y sociales, satisfagan las necesidades globales básicas de las poblaciones.

La atención primaria de salud constituye la estrategia clave para el logro de la meta de "salud para todos". Consiste en poner al alcance de todos los individuos y familias de las comunidades, la asistencia de salud indispensable en forma que "resulte aceptable y proporcionada a los recursos de la sociedad y asegure la plena participación de la comunidad; el acceso de ésta a todos los escalones de un sistema integrado, con miras al mejoramiento continuo de la situación sanitaria de toda la población".

Esta concepción motiva a cada Gobierno a establecer, en términos operativos, el significado de "servicios básicos" de salud en función de las necesidades más apremiantes de toda la población y en particular de los grupos marginados. Asimismo, el carácter totalizador de la meta impone la definición de objetivos y actividades para los otros componentes de las llamadas necesidades básicas. Se trata de identificar niveles consistentes de bienestar particular para cada país y sus principales regiones, expresados en términos de salud, alimentación, vivienda, educación, producción, empleo, ingreso familiar, consumo, participación y organización de la comunidad, etc., para la sociedad como un todo y en particular para los grupos humanos postergados.

Cada país deberá rediseñar un conjunto de estrategias de acuerdo con sus características particulares, tales como el desarrollo de los sistemas nacionales de servicios y la revisión de su organización, planificación y administración; tomando en cuenta su reorientación para la producción de servicios que satisfagan las necesidades básicas de las poblaciones, especialmente del medio rural y urbano marginado, con la máxima eficiencia social.

Este desarrollo de los sistemas nacionales y de sus servicios debe ser conceptualizado desde la perspectiva de un proceso de participación

capacitante de sus responsables en todos sus niveles, incluyendo la participación comunitaria y el desarrollo de las tecnologías apropiadas.

El reconocimiento de que la atención primaria "es mucho más que una simple extensión de servicios básicos de salud, abarcando factores sociales y de desarrollo", obliga a diseñar estrategias para el fortalecimiento de políticas sociales y la coordinación de planes y acciones concretos intersectoriales, en los cuales los aspectos de salud tengan una contribución armónica de los demás componentes dentro de un perfil de bienestar aceptado para la comunidad.

Este conjunto debe ser complementado en dos áreas importantes: las estrategias nacionales de formación y utilización de los recursos humanos, reales y financieros, y la cooperación entre los países y de las agencias extranacionales de acuerdo con las necesidades de cada país.

La consecución de la meta de Salud para Todos en el Año 2000 tiene implicaciones en el desarrollo económico y social. No puede considerársela sólo como un objetivo sectorial, sino más bien como la expresión de propósitos más amplios que los Gobiernos han aceptado en el seno de las Naciones Unidas: NOEI*, NEID, Lucha contra la Pobreza Extrema.

La meta de salud para todos en el año 2000, definida en términos de atención primaria y sus lógicas repercusiones sobre el sector, no parece una meta ambiciosa. Se trata de alcanzar un nivel mínimo de prestación de servicios de salud estrechamente vinculado a principios de equidad social y a razones éticas y humanitarias. Hay suficiente justificación para que esa meta sea formulada y sostenida con independencia de la dinámica del proceso económico en el período que resta del siglo. Sin embargo, es en este aspecto en que puede considerarse a dicha meta como de "máxima" por los medios que se requieren para su logro. Se enfrenta con una situación paradójica. Estrictamente la meta es "mínima" en cuanto a que no admite menores niveles de servicios, aunque en lo que se refiere a la asignación de recursos y a sus repercusiones sobre todo el aparato productivo del país, la meta resulta de "máxima".

El interrogante sobre si el crecimiento económico de los países latinoamericanos y del Caribe hasta el fin del siglo será capaz de respaldar este esfuerzo en el sector salud, es de difícil respuesta. La perspectiva en materia económica está afectada por muchos factores de incertidumbre que han venido apareciendo durante el presente decenio, no sólo para los países en vías en desarrollo sino también, y en corto plazo de manera muy agresiva, para los países desarrollados.

La instrumentación de la meta y de sus estrategias implica la estimación de la dimensión del problema sobre la base de las proyecciones demográficas, el hacer explícito un perfil de bienestar nacional en donde incidan prácticamente todos los aspectos económico-sociales de un país, la reflexión sobre las posibilidades de lograr ese nivel de bienestar con las modalidades de desarrollo prevalecientes y el estudio y planteamiento de los cambios que deban operarse en la dinámica y modalidad de desarrollo. Es evidente que esto significa una empresa en donde se deben poner en funcionamiento todas las fuerzas sociales de un país, aún las que han permanecido inactivas o poco aprovechadas. Sobre la posibilidad de su realización inciden muchos factores de orden no sólo técnico sino también, y en grado más importante, condicionantes políticos y de idiosincracia social.

*Nuevo Orden Económico Internacional

Una consideración especial merece la relación entre el esfuerzo necesario para lograr la meta aludida y la función del Estado. Muchos de sus componentes recaerán sobre la acción estatal sin que ello implique un desconocimiento de que la contribución de la actividad privada deberá también incrementarse y remodelarse de acuerdo a los estilos de desarrollo. Entre las modificaciones a los estilos de desarrollo prevalentes, ocupa una posición significativa el ajuste de la función del Estado al cambio de esos estilos. Se trata de lograr metas que están contenidas en el marco de las necesidades básicas, muchas de las cuáles y en especial en el sector salud, han sido tradicionalmente atendidas por actividades públicas, ya sean municipales, estatales o nacionales.

En una perspectiva de veinte años adquiere importancia el papel del gasto público en salud en función de las metas planteadas. Aquí se deben tener en cuenta las repercusiones sobre dicho gasto de metas similares para los otros sectores sociales. A primera vista el volumen de requerimientos que los sectores sociales impondrán a la capacidad de gasto y de realización del Estado es muy importante, aunque el desarrollo de los sectores sociales vaya acompañado o sea delegado en mayor medida que actualmente, en acciones de tipo comunitario y otras formas de movilización de recursos.

Un examen rápido de ciertos aspectos económicos de los países indica que muchos de ellos sufren procesos de inflación elevada y que los resultados que se van logrando en el empeño de abatir las tasas inflacionarias indican que esta situación prevalecerá por lo menos durante los primeros años del próximo decenio. Surge entonces una situación de profundo contenido económico: la existencia de tasas elevadas de inflación y la necesidad de incrementos considerables del gasto público para coadyuvar al logro de metas mínimas, desde el punto de vista ético. Ello impone y refuerza la necesidad de cambio del estilo de desarrollo y la redistribución de los ingresos y de los consumos, como así también se tornan imperativa la adopción de formas no convencionales de atención de las necesidades de salud.

3. INSTRUMENTACION DE LOS OBJETIVOS DEL SECTOR SALUD

3.1 CARACTERISTICAS SOCIALES QUE DEBEN CONSIDERARSE EN EL DESARROLLO DE LAS ESTRATEGIAS

Como fuera expresado, el núcleo fundamental de la meta de Salud para Todos en el Año 2000 consiste en elevar la calidad de la vida y asegurar la contribución del sector salud en la disminución de las desigualdades y en la eliminación de la pobreza extrema. Por lo tanto, las estrategias para alcanzar estos objetivos deberán considerar algunas características del probable escenario social y demográfico en el que deberán operar, y que constituyen fuertes condicionantes.

En primer lugar, el problema de una gran masa de población fuertemente concentrada en grandes ciudades, donde coexistirá una alta proporción de hombres y mujeres en edad activa, con una importante cantidad de niños y jóvenes, y un número considerable y creciente de personas con 45 años y más. Esta masa humana vivirá, muy posiblemente, en un medio hostil físico y social, y en malas condiciones de alimentación. Por otra parte, si no se cambian consecuentemente los actuales estilos de desarrollo, la decisión de alcanzar y mantener un intenso crecimiento económico, aun cuando lograra resolver parcialmente el problema del empleo, tenderá a aumentar desigualdades en cuanto a la distribución de ingresos y a los estilos y calidad de vida entre los grupos humanos, tanto en el ámbito rural como en el urbano. Esto obligará a los gobiernos a extremar los esfuerzos para corregir esos posibles efectos del crecimiento económico y de la urbanización, con diversos conjuntos de políticas, entre las cuales se destacan las distributivas y el papel compensador de los sectores sociales.

Este perfil social y demográfico tendrá su correlato en la estructura y magnitud de los problemas de salud que deberán ser enfrentados. Con toda probabilidad las estructuras de morbilidad y de mortalidad cambiarán drásticamente. En el último quinquenio de este siglo, el 20% del total de las muertes esperadas corresponderá a tumores y el 50% a enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, la morbilidad y mortalidad por diarreas y enfermedades respiratorias agudas, potenciadas por la desnutrición y el medio ambiente adverso, aunque bajen en su importancia relativa, continuarán diezmando a los estratos de la población postergada de la ciudades y del medio rural. Será posible lograr el control de estas enfermedades, las prevenibles por vacunación y de las endemias más notables, para lo cual será necesario asignar y desplegar considerables esfuerzos y recursos; pero será igualmente perentorio atender nuevas y creciente necesidades en enfermedades crónicas y degenerativas, mentales, ocupacionales, accidentes, y otras que incrementarán su importancia en el perfil de esta patología esperable. La prevención o control de los factores de riesgo de mayor peso y la promoción de cambios de estilo de vida y de conducta frente a éstos, deberán ser especialmente considerados en la definición de estrategias de atención primaria y en la programación de sus contenidos.

Los esfuerzos del sector salud, inserto en el resto de los sectores económicos y sociales, deberán orientarse para jugar un papel en la

corrección de desigualdades y en la eliminación de la pobreza extrema; será necesario, por lo tanto, intensificar los recaudos para asegurar el acceso a los servicios y la satisfacción de las necesidades de la población postergada; diseñar cuidadosamente su organización sectorial e institucional y sus estrategias de financiamiento, de modo tal que los servicios que se presten signifiquen realmente una distribución más equitativa de los logros del desarrollo nacional. Deberá, además, prepararse para que la administración de los recursos reales y financieros que se le asignen garantice la máxima productividad posible para conseguir el impacto deseado en salud, lo que implica no solo el máximo desarrollo gerencial, sino la búsqueda permanente de tecnologías y procedimientos viables más eficaces y eficientes.

Por otra parte, la variedad de necesidades y aspiraciones y de problemas de salud que se derivarán de la particular estructura etaria y de los diversos estilos de vida y diferencias en las oportunidades de los distintos grupos socioeconómicos, obligará a una diversificación de enfoques y de soluciones que deberán ser armonizados y articulados muy cuidadosamente para asegurar su viabilidad y evitar que cristalicen las desigualdades y que los propósitos fundamentales se desvirtúen.

La atención primaria, estrategia principal de la meta, así como sus componentes, deberán por lo tanto ser diseñados y aplicados de modo tal que consideren la diversidad y la dinámica de los problemas y de las condiciones de los distintos grupos humanos, tarea compleja pero ineludible, que exigirá un gran esfuerzo nacional y la cooperación solidaria de los países.

3.2 POLITICAS Y ESTRATEGIAS REGIONALES

En esta sección se presenta un resumen de las estrategias regionales aprobadas por los Gobiernos de las Américas durante la XXVII Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, celebrada en octubre de 1980. En esa ocasión se convino agrupar los diversos componentes estratégicos en tres grandes categorías: los componentes prioritarios de las estrategias nacionales; estrategias de cooperación entre países, y los mecanismos regionales necesarios para apoyar el desarrollo de las estrategias nacionales e interpaíses.

3.2.1 COMPONENTES PRIORITARIOS DE LAS ESTRATEGIAS NACIONALES DE ATENCION PRIMARIA

El carácter "regional" de las estrategias nacionales esta dado por su concurrencia al logro de las metas y de los objetivos regionales acordados solidariamente por los gobiernos de la Región de las Américas. Su contenido así como los modos concretos de operación variarán en cada país de acuerdo a las peculiaridades nacionales.

El elemento clave de estas estrategias lo constituyen el incremento de la accesibilidad de las poblaciones postergadas a los servicios de salud y la maximización de la eficiencia social con que estos se prestan. Se centran además en las actividades de promoción y prevención, debidamente combinadas con las de reparación y rehabilitación, siguiendo el criterio de la distinta intensidad de la exposición de los grupos humanos prioritarios a los diversos factores de riesgo y buscando la máxima eficacia y eficiencia social de esas combinaciones. Consecuentemente estas acciones deberán ser articuladas e integradas en conjuntos programáticos por cada país de acuerdo a sus particulares problemas de salud y características nacionales.

Desde una perspectiva regional esos conjuntos programáticos conceden atención a la salud maternoinfantil, al desarrollo de programas de alimentación y nutrición y a los programas de inmunización, de control de enfermedades diarreicas, respiratorias agudas, de transmisión sexual, mentales, dentales, cardiovasculares, degenerativas y cáncer, prevención y rehabilitación de incapacidades físicas, prevención de accidentes, control de enfermedades ocupacionales y a actividades destinadas a satisfacer las necesidades de las personas de edad avanzada con un enfoque de atención primaria. Con respecto al mejoramiento del ambiente el esfuerzo principal se expresa en el "Decenio Internacional de Agua Potable y Saneamiento", proclamado por Naciones Unidas el 10 de Noviembre de 1980. Se destacan además los programas de erradicación de la malaria y del vector de la fiebre amarilla urbana y de otras enfermedades parasitarias, el control de los problemas de contaminación física y química, la disposición de desechos sólidos, el control sanitario de la vivienda, salud pública veterinaria y la participación del sector salud en el análisis y prevención del impacto negativo en la ecología humana de los proyectos de desarrollo.

Consecuentemente con el reconocimiento de que la estrategia de atención primaria debe aplicarse para la satisfacción de las necesidades de toda la población y que la meta demanda el incremento de los niveles de bienestar y la disminución de desigualdades, los gobiernos ponen el acento en asegurar el acceso de los grupos humanos postergados a los servicios de salud. En ese sentido ofrecen prioridad a las poblaciones rurales y urbanas marginadas, y dentro de éstas, a las familias en alto riesgo y a los trabajadores. Algunos países en que la evolución de la estructura etaria de su población lo requiera, incluyen como prioridad a las personas de edad avanzada.

EXTENSION DE LA COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Todos los países confirman que este primer componente estratégico es básico para alcanzar la Meta de Salud para Todos en el Año 2000. El contenido de este crucial componente puede ser sistematizado en dos grandes áreas: el incremento de la capacidad operativa de los sistemas de salud y de sus servicios, y la extensión de la capacidad instalada de los sistemas nacionales.

Incremento de la capacidad operativa de los sistemas de salud y de sus servicios

Las acciones tenderán a lograr la producción de servicios en cantidad, estructura, accesibilidad y oportunidad que permita conseguir el impacto requerido para resolver las necesidades de salud de la población, con la máxima productividad y eficiencia social, asegurando el acceso de los grupos prioritarios y fortaleciendo el papel del sector en la distribución de los frutos del desarrollo económico. Comprende tres elementos esenciales:

- Reorganización sectorial

Abarca la redefinición de funciones, responsabilidades y actividades de los distintos componentes del sector, incluyendo las instituciones de seguridad social, con el objeto de evitar duplicaciones y vacíos. La redefinición de los mecanismos de coordinación y de los sistemas de financiamiento, de los tipos de población beneficiada, de la estructura de los servicios a prestar y de los costos de los mismos. El

establecimiento de mecanismos de coordinación y de comando. El reconocimiento y desarrollo del sistema comunitario informal y apoyo técnico y logístico al mismo. La regionalización funcional por niveles de complejidad creciente, articulados por mecanismos de referencia y de apoyo logístico y técnico, tomando en cuenta la estructura de necesidades de la población, su accesibilidad geográfica, económica y cultural, así como su distribución espacial y ocupacional, y la descentralización administrativa para garantizar la eficiencia del sector y asegurar la máxima participación de todos los agentes en el proceso.

- Fortalecimiento de los procesos de planificación, programación y evaluación de los sistemas nacionales de salud

Incluye la integración de estos procesos en la planificación del desarrollo económico y social con cobertura sectorial e institucional, el desarrollo de la programación institucional (a nivel nacional, regional y local) y la del subsistema comunitario, con participación de todos los niveles y agentes del sistema.

- Desarrollo administrativo

Debe orientarse a obtener la máxima eficiencia de las actividades y el cumplimiento sustantivo de los planes y programas de salud. Comprenderá el perfeccionamiento de los procesos administrativos (personal, incluyendo adiestramiento, suministros, mantenimiento, transporte y comunicaciones). El desarrollo de los sistemas de información para decisiones, programación, control y evaluación en los niveles sectorial, institucional y comunitario, incluyendo la vigilancia epidemiológica, y el sistema de supervisión, como mecanismos de información de difusión de las innovaciones tecnológicas y de capacitación y de motivación de los agentes intervinientes. Estos sistemas deberán organizarse y desarrollarse de modo tal que acompañen la evolución misma del proceso de extensión de cobertura y que permitan el conocimiento, con la oportunidad necesaria, para tomar decisiones sobre la eficiencia con que el sistema opera (administración), el uso que la población hace de los mismos (aceptación y accesibilidad) y el impacto que las actividades producen con respecto a los cambios deseados (eficacia). Considera además el desarrollo de mecanismos de programación y de control de la productividad, y el análisis, a nivel local y nacional, de la tecnología utilizada y de los costos unitarios de las prestaciones, y el desarrollo del análisis, programación, control y evaluación financiera y presupuestaria para garantizar la eficiencia del sistema y controlar el efecto distributivo de los servicios.

Extensión de la capacidad instalada

La inversión adicional que sea necesaria para cumplir las metas, debe ser estimada a partir de los incrementos de productividad de los servicios que se vaya logrando. Se centrará en los niveles de menor complejidad y en la expansión y reorientación de las redes secundarias y terciarias como apoyo a éstos. Los programas de inversión deberán considerar la recuperación, remodelación y mantenimiento de la capacidad existente, y basarse en la revisión y creación de soluciones técnicas, arquitectónicas y de equipamiento, que busquen la disminución de los costos de inversión, operación y de la utilización de insumos críticos, considerando las modalidades culturales y ocupacionales de la población, y en la regionalización funcional que se adopte con el objeto de asegurar la accesibilidad de la población a los distintos niveles del sistema de servicios.

ORGANIZACION Y PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD PARA SU BIENESTAR

La organización y participación de la comunidad tendrá que desarrollarse dentro del esquema global nacional de participación. Deberá considerar la participación en el análisis de necesidades, posibles soluciones e innovaciones, y en la programación, operación, producción y evaluación de servicios de salud y de mejoramiento del ambiente. Este segundo componente estratégico incluye la movilización y utilización de los recursos de la comunidad, y el reconocimiento y desarrollo del sistema informal, asegurando su apoyo técnico y logístico, y la dotación de equipos e insumos para la operación de esos servicios.

DESARROLLO DE LA ARTICULACION INTERSECTORIAL

El desarrollo efectivo de la articulación intersectorial es una condición básica para la instrumentación de la Atención Primaria. Requiere el perfeccionamiento de la integración del sector salud en los procesos de desarrollo económico y social y la incorporación del sector, conjuntamente con los otros sectores sociales, en los grandes proyectos de desarrollo hidroeléctricos, complejos industriales, agroindustria, asentamientos y colonización, y en el diseño y desarrollo de ciudades satélites e intermedias. Asimismo comprende la participación del sector salud en programas integrados de desarrollo rural y en programas multi-sectoriales que aseguren la producción y accesibilidad de alimentos, y la educación y participación de la comunidad para lograr la producción local y familiar de los mismos.

DESARROLLO DE LA INVESTIGACION Y DE LA TECNOLOGIA APROPIADA

Este componente persigue reorientar las investigaciones para el desarrollo de la Atención Primaria, de manera que se acelere la solución de problemas críticos. Concede prioridad a la investigación evaluativa y a la identificación, promoción y difusión de innovaciones tecnológicas; la definición de políticas y programas sectoriales, consistentes con la política nacional de ciencia y tecnología, y la participación del sector en la definición de dichas políticas nacionales. Implica el desarrollo de mecanismos de coordinación y de programas de cooperación nacionales e internacionales y el intercambio de información entre instituciones nacionales y entre países.

DISPONIBILIDAD Y PRODUCCION DE INSUMOS Y EQUIPOS CRITICOS

Requiere la elaboración de "listados básicos" y la normalización de especificaciones para insumos y equipos esenciales, adecuándolos para el desarrollo de la estrategia de la atención primaria; el establecimiento de mecanismos de control de calidad, precios y costos, el desarrollo de esquemas de producción, adquisición y comercialización, y la organización y programación de sistemas de cooperación entre países.

FORMACION Y UTILIZACION DE RECURSOS HUMANOS

Comprende la definición nacional de políticas y programas de desarrollo de recursos humanos, incluyendo su formación, actualización y utilización con base en las necesidades de las estrategias de la atención primaria adoptada por los gobiernos, poniendo el acento en el desarrollo de nuevos tipos de personal, incluyendo la incorporación y mejoramiento

de los agentes comunitarios y la creación y desarrollo de métodos no convencionales de capacitación.

FINANCIAMIENTO DEL SECTOR

La estrategia de la atención primaria requiere el análisis, reorientación y control del financiamiento sectorial e institucional para asegurar que el sector cumpla su papel en la redistribución del ingreso nacional, y que las asignaciones financieras correspondan a las prioridades sectoriales. Ello incluye el análisis de áreas críticas y búsqueda de nuevos sistemas de financiamiento y de innovaciones técnicas y administrativas para disminuir los costos; el desarrollo de sistemas de información sobre el origen, destino, utilización, estructura y cantidad del financiamiento y del gasto, el control del gasto, costos, producción, productividad y utilización de los servicios, y de su impacto en el nivel y estructura de salud y en la distribución del ingreso nacional.

COOPERACION INTERNACIONAL

La reorientación de la cooperación internacional debe estar basada en el análisis y programación nacional de los requerimientos de cooperación externa, en el marco de las estrategias nacionales de la atención primaria. Requiere el desarrollo de mecanismos de evaluación y coordinación entre las diversas agencias e instituciones de cooperación externa, asimismo el fortalecimiento de la cooperación técnica entre países en desarrollo mediante el establecimiento de sistemas regionales de información convencional y no convencional, que permitan a los países perfeccionar la cooperación entre ellos y el acceso al conocimiento y la difusión de experiencias, para lo cual será necesario la organización de sistemas regionales que cumplan la función de conexión entre los países en el contexto de la cooperación entre países en desarrollo (CTPD).

3.2.2 ESTRATEGIAS DE COOPERACION ENTRE PAISES

La experiencia de la Región demuestra que existen problemas de salud cuya solución más conveniente requiere acción sinérgica de varios países, y por lo tanto, el diseño de estrategias conjuntas. Los gobiernos reconocieron las siguientes áreas prioritarias de cooperación:

PROBLEMAS DE SALUD COMUNES A VARIOS PAISES

- Investigación epidemiológica en problemas de salud prioritarios que sean comunes a los países, así como el desarrollo y la utilización entre países de instituciones o centros de investigación y de difusión de conocimiento epidemiológico.
- Desarrollo de sistemas de información para intercambio de conocimientos y experiencias sobre problemas nacionales cuya solución requiere programación y acciones sinérgicas. Se destacan: malaria, enfermedad de Chagas, esquistosomiasis, fiebre amarilla, el dengue y otras arbovirus; la salud pública veterinaria, los riesgos físicos y químicos y los problemas fronterizos comunes.
- Desarrollo de programas cooperativos para el diseño y la aplicación de estándares y control de drogas, medicamentos, sustancias tóxicas y narcóticos.

RECURSOS HUMANOS

Establecimiento de prioridades para la formación y capacitación de personal que justifiquen acciones interpaíses, y establecimiento de programas cooperativos que faciliten la utilización por varios países de instituciones, personal, material y equipo docentes.

Desarrollo de programas interpaíses de preparación y utilización de personal, de acuerdo a los siguientes lineamientos:

- Que dichos programas se elaboren con base en las características y necesidades de los países participantes, contribuyendo al desarrollo de las capacidades nacionales con una acción multiplicadora;
- Que faciliten el intercambio de información y experiencias locales y el desarrollo de la investigación evaluativa de problemas prioritarios y la formulación de proposiciones de nuevas soluciones;
- Que se exploren nuevas formas de capacitación y nuevos tipos de materiales docentes que aseguren la formación de personal en la cantidad y oportunidad que demanden los planes de salud, y
- Que se perfeccionen centros nacionales de desarrollo de conocimiento y formación de recursos humanos, constituyéndose en centros de investigación e intercambio de información en tecnología apropiada entre países.

INSUMOS Y EQUIPOS CRITICOS

El desarrollo de esta area debe basarse en las evaluaciones nacionales sobre la conveniencia y posibilidad de resolver el problema de la disponibilidad de insumos y equipos criticos mediante una acción que envuelva a varios países. Deberá tomarse en cuenta las facilidades de producción, las ventajas económicas, y especialmente, el abaratamiento de costos y precios, así como la factibilidad para organizar y coordinar el mercado de acuerdo con la demanda potencial de productos. Estos análisis deberán constituir la base para:

- programas de desarrollo e intercambio de tecnologías que requieran la organización de sistemas de información nacionales e interpaíses, así como de programas de intercambio, capacitación y actualización de personal;
- estandarización de equipos, medicamentos y otros insumos criticos y adopción de listados básicos de acuerdo con el análisis de las necesidades de programación de cada país y rediseño de normas y de tecnologías apropiadas de prestación de servicios, con el propósito de disminuir los costos de producción y los precios;
- programas de carácter cooperativo interpaíses para la adquisición y utilización conjunta de equipos e insumos criticos, y
- promoción de acciones conjuntas para incluir la producción de equipos y de insumos criticos dentro de los programas de producción y comercio de los pactos económicos regionales y sub-regionales.

INVESTIGACION Y DESARROLLO TECNOLOGICO

Este componente se centra en la determinación de prioridades y la coordinación de áreas de investigación con el propósito de armonizar objetivos y necesidades de conocimiento y tecnología en áreas comunes, tales como:

El intercambio sistemático de conocimientos y experiencias sobre problemas y soluciones nacionales, incluyendo su evaluación conjunta;

La organización de redes y de programas de investigación comparativa y colaborativa que faciliten el desarrollo del conocimiento sobre áreas relevantes de interés común a los países, con el máximo aprovechamiento de los recursos;

La identificación de centros nacionales que hayan logrado o están en vías de lograr un buen nivel, con el objeto de utilizarlos para el adiestramiento de investigadores y como núcleos al servicio de los intereses nacionales y regionales, y

La revisión de los aspectos éticos de los proyectos de investigación e instalación de comités que garanticen la seguridad de los individuos y de sus poblaciones sujetos de experimentación, y promoción de la reglamentación correspondiente.

3.2.3 COOPERACION TECNICA Y ECONOMICA ENTRE PAISES EN DESARROLLO (CTPD y CEPD)

El propósito de esta cooperación es la movilización al máximo de las capacidades nacionales mediante el intercambio técnico y financiero. La programación de la CTPD-CEPD se basará en el conocimiento de las necesidades nacionales de cooperación internacional y en la evaluación de las capacidades nacionales para satisfacer dichas necesidades. Para que ésta opere, es requisito que en cada país el sector desarrolle al máximo su capacidad de análisis y programación de la cooperación internacional, debidamente compatibilizada e incluida en la política y planes nacionales. Para ello se requiere:

- La identificación y evaluación de las posibles fuentes de cooperación internacional;
- La determinación de los campos y las necesidades de cooperación internacional;
- El análisis de las ventajas y desventajas de las diversas fuentes de cooperación con respecto a las características del sector nacional;
- La identificación de áreas que pueden ser cubiertas mediante la CTPD-CEPD;
- El análisis de la capacidad de acción nacional y las posibilidades actuales y potenciales de absorber y proporcionar cooperación técnica y financiera;
- La definición de las políticas para la aceptación de expertos nacionales y otros recursos procedentes de otros países y diseño de las medidas que faciliten su utilización e intercambio adecuados;

- La organización y desarrollo de la información entre países, de modo que incremente el conocimiento sobre problemas y formas de solución, opciones y recursos disponibles;
- El fomento, dentro de la Región y entre Regiones, del intercambio de información sobre el progreso, adelantos y modalidades de la atención primaria de salud, y establecimiento de mecanismos de evaluación de la posibilidad de su generalización y aplicación en otros países, con el objeto de evitar la duplicación de esfuerzos en el desarrollo de estrategias de atención primaria;
- La identificación de los programas e instituciones que puedan proporcionar cooperación a otros países e intensificar su perfeccionamiento y desarrollo,
- La Organización y actualización de grupos de expertos nacionales, y la movilización oportuna de estos funcionarios, y
- El desarrollo de un sistema de información regional que asegure su funcionamiento, incluyendo la sistematización de conocimientos y experiencias y la actualización permanente de expertos e instituciones nacionales.

La cooperación técnica y económica bilateral y multilateral debe ser considerada como un complemento de la CTPD-CEPD. Además de la programación nacional de la cooperación externa, en función de los análisis y de las políticas nacionales, su adecuado aprovechamiento requiere:

- Evitar la perturbación que pueda producir la transferencia de tecnología no apropiada y superar la posible inconsistencia entre los intereses de países desarrollados con las necesidades de los países en desarrollo, y
- Asegurar que esa cooperación se oriente hacia áreas prioritarias no cubiertas por la CTPD-CEPD y la refuercen y complementen. Esto es fundamental, tanto en los casos de cooperación técnica como financiera, para evitar que se consuman el tiempo útil y los escasos recursos humanos, materiales y financieros nacionales, en acciones no relevantes ni prioritarias para el país.

3.2.4. MECANISMOS REGIONALES DE APOYO PARA LAS ESTRATEGIAS

Las estrategias nacionales para alcanzar la meta de Salud para Todos en el Año 2000, adoptadas por los gobiernos individualmente, así como las estrategias interpaíses acordados por los Estados Miembros colectivamente, tendrán una repercusión directa en los planes y programas nacionales. En consecuencia cada país deberá examinar la consistencia de dichos planes con las estrategias adoptadas, y cuando sea indicado, ajustarlos y reorientarlos.

En lo referente a la Organización Panamericana de la Salud, este proceso significa la necesidad de revisar sus estructuras y crear y reforzar los mecanismos que le permitan ejercer sus funciones catalizadora, de coordinación y de cooperación técnica, para el desarrollo y evaluación de las estrategias y los consiguientes planes nacionales de salud, y para promover y facilitar la conexión entre países. Con este propósito deberá orientar sus actividades al establecimiento de sistemas de información entre gobiernos, a la provisión de la cooperación técnica

requerida, y a la promoción y participación en la evaluación y ajuste de las estrategias interpaíses y regionales. Es también su responsabilidad el análisis sistemático de nuevos problemas y soluciones posibles que aparezcan en la evolución del proceso, así como la promoción del reconocimiento y de los análisis nacionales de esos problemas y la adopción de nuevas soluciones por los países.

DESARROLLO DE LAS ESTRATEGIAS DE COOPERACION ENTRE VARIOS PAISES

La definición y desarrollo de estrategias interpaíses demanda una acción catalizadora y de conexión que debe ser función de la Organización.

La atención de los problemas de salud comunes a varios países y las soluciones más eficientes disponibles, el desarrollo de recursos humanos y de los insumos críticos, la investigación y el desarrollo de tecnologías, así como el de la CTPD-CEPD, requieren identificar y analizar las áreas críticas del proceso para alcanzar la meta del año 2000 que necesitan acciones interpaíses. También es necesario establecer prioridades y lineamientos para la participación de los países en acciones conjuntas, conseguir el compromiso de los gobiernos para estas iniciativas, y diseñar y operar mecanismos esenciales tales como:

- La definición e implantación de sistemas de información que permitan disponer de los datos necesarios sobre los problemas y los resultados de las soluciones adoptadas; las necesidades nacionales de cooperación externa; los recursos humanos e institucionales, financieros y de tecnología existentes;
- La adopción de políticas e instrumentos regionales que aseguren la vinculación entre países, incluyendo los pactos regionales y subregionales, los convenios binacionales y multinacionales, y
- El establecimiento de medidas y procedimientos para la evaluación del desarrollo de la CTPD-CEPD a fin de perfeccionarla paulatinamente.

ORIENTACION Y COORDINACION DE LA COOPERACION INTERNACIONAL

Reorientación y coordinación de la cooperación externa para obtener una coordinación más efectiva de la facilitada por organismos bilaterales, multilaterales y no gubernamentales; orientar los recursos de la cooperación externa disponible hacia las áreas donde más se necesite, de acuerdo a las prioridades nacionales y regionales, y perfeccionar la coordinación de la cooperación externa entre los distintos sectores de la economía nacional.

En la orientación y coordinación de la cooperación binacional y multinacional es responsabilidad de la Organización Panamericana de la Salud promover y participar, conjuntamente con otras agencias, en la definición y ajuste de políticas y procedimientos de cooperación en base a:

- El análisis de las necesidades nacionales de cooperación externa de acuerdo a los programas que los países adopten en relación con dicha cooperación;
- El análisis de las necesidades de cooperación externa para la instrumentación de las estrategias interpaíses, incluyendo la utilización de la CTPD-CEPD y su evaluación continua y periódica;
- La programación y coordinación conjunta interagencial para que la cooperación técnica y la financiera se complementen;

- El establecimiento de políticas y procedimientos para que la cooperación externa asegure su complementariedad con la CTPD-CEPD, y
- La evaluación de los procesos de programación nacional de la cooperación externa y de la CTPD-CEPD.

EVALUACION Y MONITORIA DEL PROCESO PARA ALCANZAR LA META

La evaluación y monitoría del desarrollo de estrategias y planes de acción para alcanzar la meta de Salud para Todos en el Año 2000 tiene el propósito de perfeccionar el proceso, retroalimentándolo con las experiencias obtenidas. Debe constituir una acción clave y sistemática de la OPS. Esta evaluación y monitoría sistemática, que estará basada en las evaluaciones de los procesos nacionales que deberán efectuar los gobiernos, facilitará a la OPS la toma de decisiones para el ajuste y reorientación de sus políticas y programas; proporcionará, además, la información necesaria para la adecuación de la cooperación técnica y financiera internacional y la CTPD-CEPD.

Con este propósito, y con base a las estrategias adoptadas, se debe diseñar un sistema de evaluación y monitoría para lo cual debe decidirse sobre los sujetos de evaluación y los métodos y procedimientos, incluyendo los indicadores y categorías relevantes más eficaces, la oportunidad y la periodicidad de la evaluación.