

ALCANZAR LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO: desafíos en salud y ambiente

Dra. Mirta Roses Periago*

En la I Reunión Internacional de los Objetivos del Milenio en Salud y Ambiente que se llevó a cabo en Argentina, ciudad de Mar del Plata en Junio de 2005, la Dra. Mirta Roses Periago, Directora de la OPS, analizó los desafíos de Salud y Ambiente para alcanzar los objetivos del Desarrollo del milenio.

Su ponencia, que a continuación transcribimos, fue publicado en el libro "Reunión interministerial sobre objetivos de Desarrollo del Milenio en Salud y Ambiente, editado por la OPS y el Ministerio de Salud de La Nación. En el prólogo el Ministro de Salud Dr. Ginés González García señala lo siguiente:

"El quinto aniversario de la adopción de los Objetivos de Desarrollo del Milenio representó una oportunidad para el diálogo y la reflexión sobre el camino recorrido hacia su cumplimiento, así como para revisar los desafíos por delante y las formas de abordarlos.

Las políticas públicas de salud y de ambiente pueden contribuir sustantivamente a atender dichos compromisos, por eso resulta del mayor provecho compartir experiencias, lecciones aprendidas y trabajos realizados en las áreas de salud y de ambiente en los países y en la región.

Pasamos 20 años pensando más en las burocracias que en la gente, preocupados más en la eficiencia de los servicios que en la pobreza y la enfermedad".

Creemos importante la difusión de esa presentación por lo significativo del tema y por quien lo plantea.

Dr. Juan Carlos O'Donnell

Panorama político de la salud poblacional en las Américas

Es pertinente recordar que en el sector salud empezamos en el año 1978 con el programa Salud para Todos, que fue el resultado de un gran consenso político para lograr el acceso a los servicios de salud para todos, y que ahora este tipo de consenso tiene como resultado los ODM, que de alguna manera trasciende en el compromiso de toda la sociedad, de los jefes políticos y de gobierno. Pero ya en 1978 habíamos logrado abordar el tema de la salud desde una perspectiva de derechos y de reconocimiento de las obligaciones de los Estados, y entonces se declaró a la atención primaria, tanto en salud como en lo ambiental, como una estrategia fundamental para la transformación de los servicios de salud.

Algunos procesos ocurridos desde el año 1978 han trazado un panorama político de la salud poblacional en las Américas, que es lo graficado en la Figura 1.

Han habido procesos importantes en la transición demográfica con el crecimiento, la urbanización y el envejecimiento de la población. Hemos tenido también una transformación epidemiológica importante, con la coexistencia de perfiles de riesgo en enfermedades transmisibles, pero también la aparición y estabilización creciente de enfermedades crónicas. Ambas son un fenómeno que no conocíamos hasta la década del 70, debido a que las enfermedades transmisibles y las crónicas se dan en el ámbito de la pobreza. También ha habido una transformación ambiental y ecológica que ya se ha abordado.

Se han registrado muchos cambios en estos años, pero también hay continuidades. Persiste la ampliación de disparidades y el aumento de la exclusión. Aquello que alarmó tanto a los ministros de 1977 y pensaron en Salud para Todos en el 2000, es el mismo telón que impulsa luego a los líderes políticos a declarar los ODM. Este continente puede tomar la experiencia de Salud para Todos, ya que ha sido muy importante tanto en construcción de infraestructura como en el desa-

* Directora de la OPS

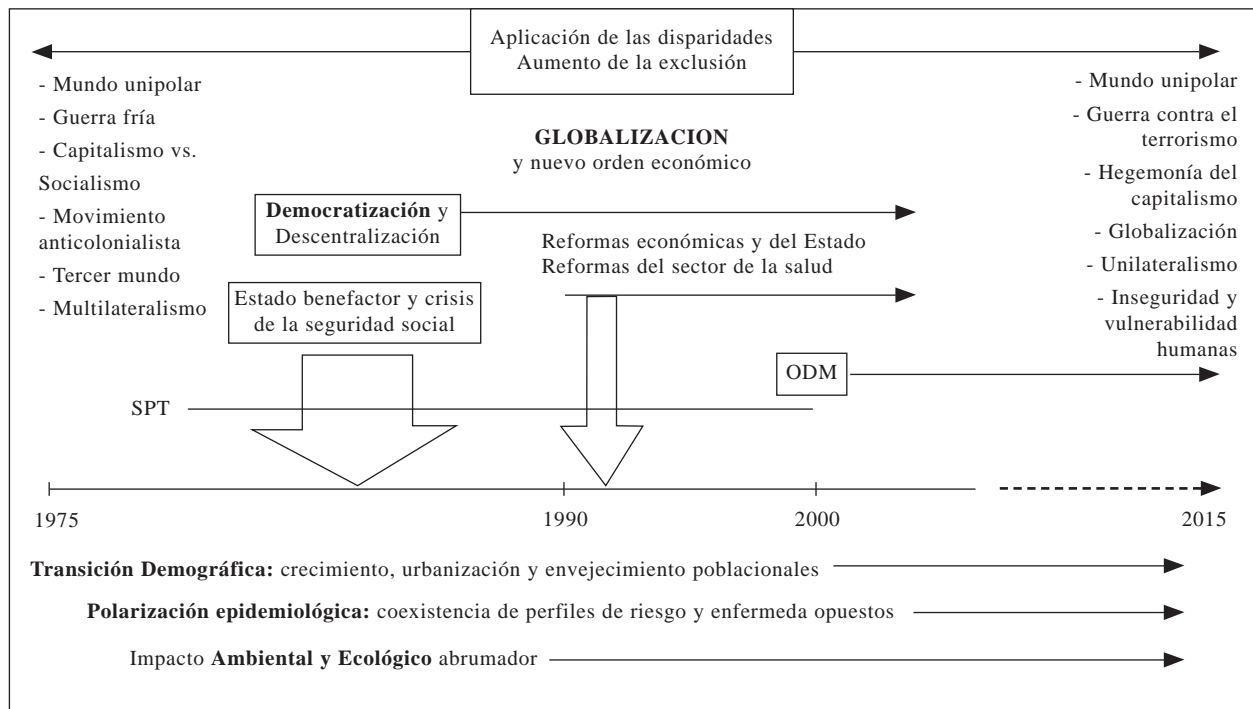


Figura 1: Fuente: PAHO/WHO/2005.-

rollo de los sistemas de salud. Y esto es así a pesar de que en las décadas de los '80 y '90 sólo se sufrieron embates y deterioros a toda esa enorme infraestructura, y al sostenimiento tanto de los recursos humanos, físicos y tecnológicos que sirvieron para el desarrollo de los sistemas de protección social y de salud en el continente.

La decisión de transformar los sistemas por la atención primaria dio buenos resultados. En Latinoamérica y el Caribe la población ha ganado 4 años de expectativa de vida que se dio, mayormente, en los menores de cinco años. Pero a lo largo de todas las etapas de la vida también hubo ganancias, particularmente en la reducción de la mortalidad por enfermedades crónicas, muchas de ellas que son también enfermedades infecciosas, a pesar de que se han ido convirtiendo en el patrón de la carga de enfermedad.

Cabe destacar que la mayoría de los casos de aumento de la expectativa de vida en menores de cinco años, estuvo vinculada fundamentalmente a las inversiones en medio ambiente, en especial en agua y saneamiento, con la consecuente reducción de enfermedades diarreicas que son las que más han descendido, y en menor medida las enfermedades respiratorias.

En el siguiente cuadro se grafica lo que puede considerarse el legado de Salud para Todos (SPT) a la población de las Américas. Puede observarse que, en promedio, la población masculina de las Américas vió incrementar su esperanza de vida al nacer en 4 años entre 1980 y 2000. La gráfica muestra la distribución por grupos quin-

quales de edad y grandes categorías de causa de muerte de esos 4 años de esperanza de vida ganados. Prácticamente la mitad de dicha ganancia en esperanza de vida se atribuye a la reducción del riesgo de morir por causas infecciosas en los primeros cinco años de vida. Los esfuerzos de reducción del riesgo de muerte por causas "crónicas", sobre todo cardiovasculares, en la edad adulta, son significativos. (Figura 2)

Pero el gran drama sigue siendo la exclusión social. Aún quedan en la región 700 mil niños que no completan el esquema de vacunación, y en el continente que tiene más médicos per cápita, el 17% de los partos son atendidos por personal no calificado.

En este sentido resulta interesante recurrir a algunas cifras absolutas que son llamados de atención, como los 152 millones de personas sin acceso a agua potable o saneamiento básico, o los 120 millones de personas sin acceso a los servicios de salud por causas económicas y otros 107 millones en idéntica situación pero por razones geográficas.

- Población de América Latina y el Caribe: 500 millones (2004).
- 27% sin acceso permanente a los servicios básicos de salud: 125 millones.
- 46% sin seguro de salud, público o privado: 230 millones.
- EE. UU: 44 millones sin protección social de salud.
- 685,000 niños sin esquema de vacunación completo.

A pesar de la gran infraestructura en recursos

El legado de Salud para Todos a la población de las Américas

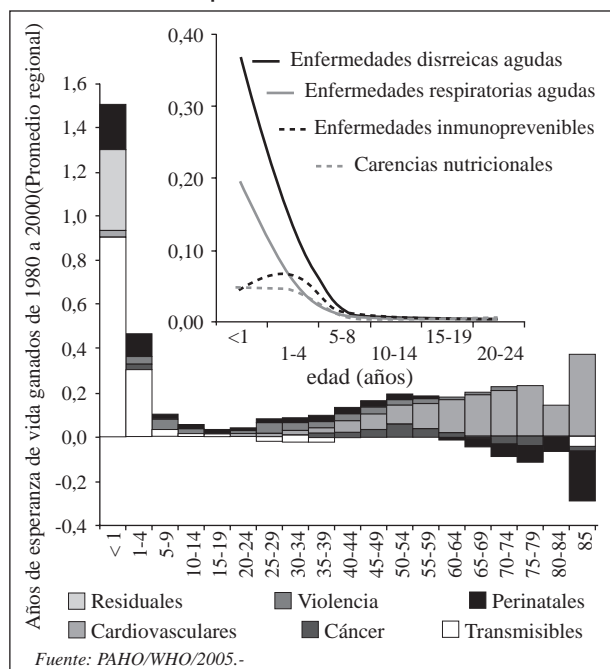


Figura 2: Descomposición de los cambios en la esperanza de vida de 1980 a 2000 por causa y edad.

humanos, físicos y tecnológicos del continente, el pago por servicios impuesto a partir del consenso de Washington ha significado una exclusión importante de las personas, y particularmente de los sectores más pobres. Retomamos aquí una de las conclusiones del Proyecto del Milenio que señala la importancia de revisar los esquemas de financiamiento de los sistemas de salud y de los servicios de agua y saneamiento, ya que la política de recuperación de costos ha determinado en gran parte la reducción de las inversiones, particularmente en el área rural y en menor medida en áreas marginales, debido a que no eran rentables.

El impacto a nivel global es importante, pero como señalaron anteriormente, ésta es la región más inequitativa del planeta. El impacto de la inequidad en la salud global muestra que los países menos desarrollados concentran el 84% de la población mundial... pero consumen menos del 11% de los gastos mundiales en salud y sobrellevan el 93% de la carga global de enfermedad.

En este sentido, queremos destacar un estudio de BID-CEPAL, en el cual se demuestra que aún si los países crecieran un 3% no habría impacto en la reducción de las desigualdades. Pero que un 5% de inversión en políticas distributivas del ingreso más efectivas el continente, lograría disminuir la desigualdad y solucionar una buena parte de los ODM con un crecimiento de sólo un 2.1% en promedio.

Otro dato interesante también, que incluso consta en uno de los informes del BID, es que el 2% del crecimiento del PBI en Asia produce un 4% de reducción en la pobreza. Pero ese 2% en Latinoamérica y el Caribe, reduce solamente un 1% la pobreza, y ello se debe a que la pauta de concentración que ahora también incluye a Estados Unidos, hace que el crecimiento no llegue a las poblaciones que deben ayudar a salir de la pobreza.

Equidad y Metas del Milenio

La equidad es más importante que la riqueza. Ser ricos y equitativos es la mejor opción, claramente. Pero la segunda mejor opción para los habitantes de Latinoamérica y el Caribe es nacer en un país pobre pero equitativo. Podemos mostrar esto en cualquier caso de salud y ambiente. Por ejemplo, en el acceso a agua y saneamiento, tanto en las poblaciones rurales y urbanas donde se nota mucho más la diferencia. Los países más equitativos, independientemente de su nivel de ingreso, se desempeñan mejor para lograr los resultados perseguidos.

En el gráfico siguiente es posible observar que el marcado contraste entre conglomerados de países con alta y baja brecha de ingreso, reproduce desigualdades urbano-rurales en la distribución del acceso al agua segura y al saneamiento. Obsérvese que países con alto ingreso y alta brecha, exhiben una situación tan desfavorable respecto a esta dimensión socioambiental básica como aquellos con bajo ingreso y alta brecha. Figura 3.

Desigualdades en salud: acceso a agua y saneamiento según nivel y brecha de ingreso, Las Américas 1998

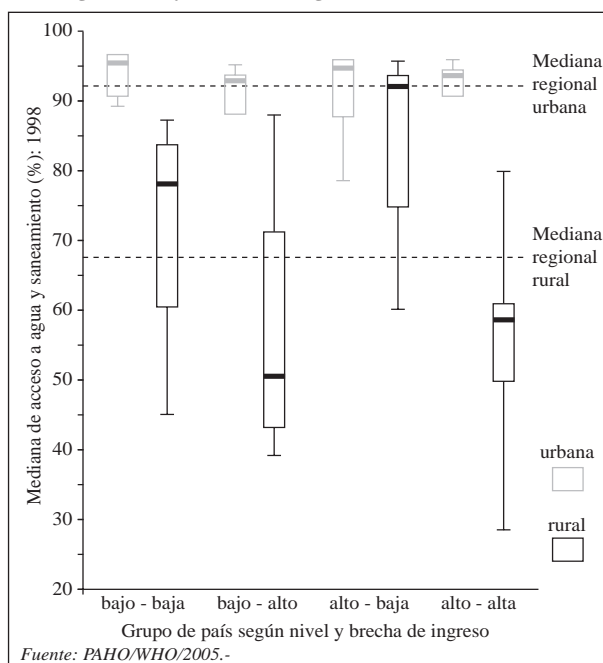


Figura 3

Si lo vemos con la esperanza de vida, que es un indicador compuesto y que por lo tanto refleja bastante el resultado del conjunto de las políticas sociales y económicas, vemos que los que alcanzan mejores resultados son los que tienen la brecha más chica entre ricos y los pobres, logrando así una situación de mayor equidad. Los países de bajos o medianos recursos pero que son equitativos (en nuestra región hay muchos), se desempeñan mejor en sus resultados de inversión.

A pesar de las evidentes ganancias en esperanza de vida observadas en la Región en los últimos 20 años del Siglo XX, éstas se han distribuido inequitativamente en la población. El gráfico siguiente muestra 4 diferentes distribuciones-resumen de la esperanza de vida al nacer, durante la década de los 90s en los países de las Américas, clasificados según su nivel y su brecha de ingreso. De acuerdo a esta jerarquía socioeconómica, las poblaciones con menor desigualdad en la distribución del ingreso (representadas en trazo amarillo), sean pobres (a la izquierda) o ricas (a la derecha) exhiben más alta esperanza de vida que aquellas más inequitativas (representadas en azul claro). De hecho, son los países más equitativos y no necesariamente los más ricos los que ubican su mediana de esperanza de vida por encima de la mediana regional. (Figura 4)

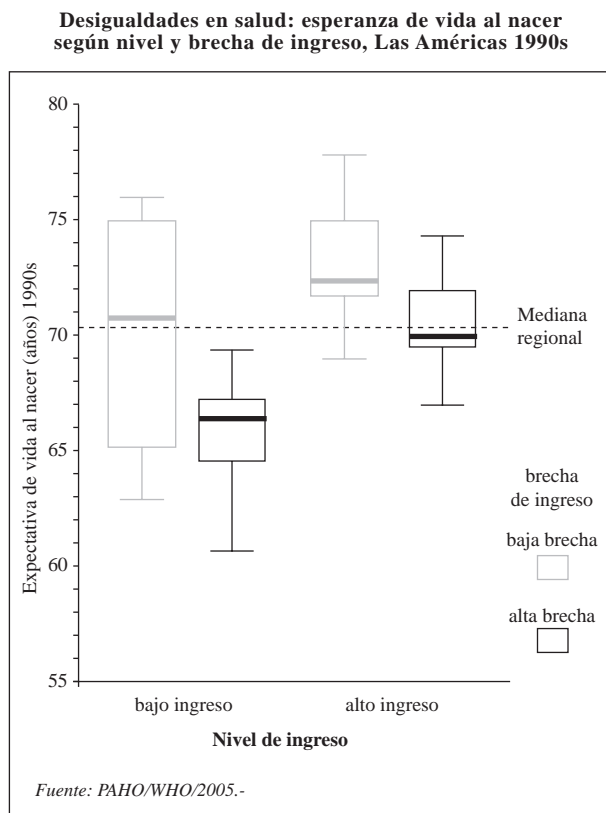


Figura 4

Esto es importante cuando se combina lo dicho respecto del informe de BID/CEPAL, sobre las inversiones y los esfuerzos para reducir la mortalidad de los menores de cinco años, que es el ODM 4. Hemos armado tres escenarios posibles en el análisis realizado conjuntamente con CEPAL y UNICEF. Considerando la tendencia regional observada entre 1990 y 2003, se plantean tres escenarios 'extremos', pero plausibles, de reducción del riesgo de muerte en menores de 5 años entre 2004 y 2015.

- El escenario de riesgo constante, asumiendo que la tasa de mortalidad de menores de 5 años alcanzada en 2003 (39.6 por mil nacidos vivos) no se modifica durante el período, supone una expresión extrema de la "Agenda inconclusa", y es una referencia de base para evaluar el impacto de cualquier estrategia poblacional hacia el alcance del ODM 4.
- El escenario definido por la trayectoria de reducción del riesgo de muerte (i.e., la tasa) resultante del sostenimiento de la tendencia actual, conseguiría alcanzar una tasa de mortalidad de 30 por mil en el 2015 y supone una expresión básica de la agenda de "Protección de los logros alcanzados", esto es, del mantenimiento del nivel de inversión que hasta hoy se ha venido dando.
- Finalmente, el escenario de alcance completo del objetivo, la tasa de mortalidad de menores de 5 años en 2015 equivalente a 1/3 de su valor observado en 1990, es decir, 18 por mil, reflejaría una dimensión práctica de los desafíos aludidos en la 'nueva agenda' de la cooperación técnica OPS/OMS. (Figura 5)

Avances hacia el ODM 4 en las Américas: trayectorias.

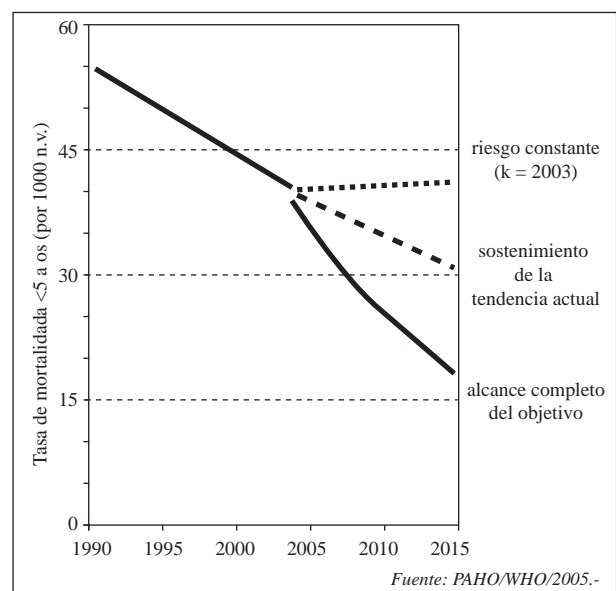


Figura 5

De continuar la tendencia actual (escenario intermedio), no alcanzaremos la meta de reducir mortalidad infantil de menores de 5 años. Para alcanzar las metas, todos los países tienen que hacer un esfuerzo extraordinario. Donde hacer esos esfuerzos extraordinarios, es lo que hay que analizar y, en base a lo dicho, reducir las brechas de inequidad es el objetivo para alcanzar más rápidamente las metas. O sea invertir en los más pobres, tratando de mejorar con políticas distributivas y con políticas de compensación adecuadas. Es posible, pero todo depende del pacto social que se haga para elegir dónde se harán las inversiones y a qué grupos se destinarán.

Otro ejemplo, también relacionado con las causas de muerte en niños menores de cinco años, es que el 37 % de las muertes se produce por causas neonatales o perinatales, y que tienen que ver con la calidad de los servicios. En la Región de las Américas, para el mismo periodo, la distribución de las muertes de menores de 5 años fue: condiciones neonatales 44%; infección respiratoria aguda 12%; malaria 0%; sarampión 0%; enfermedad diarreica 12%; VIH/SIDA 1%; lesiones 5%; enfermedades no transmisibles y otras 25%. Se hizo un avance importante en las causas de diarrea e infecciones respiratorias que están vinculadas a la calidad ambiental dentro y fuera de la vivienda, fundamentalmente de agua y saneamiento. Las condiciones ambientales también tienen un peso importante con relación a las infecciones hospitalarias que repercuten mucho en estos índices. (Figura 6)

Causas de muerte de niños menores de 5 años, 2000-2003

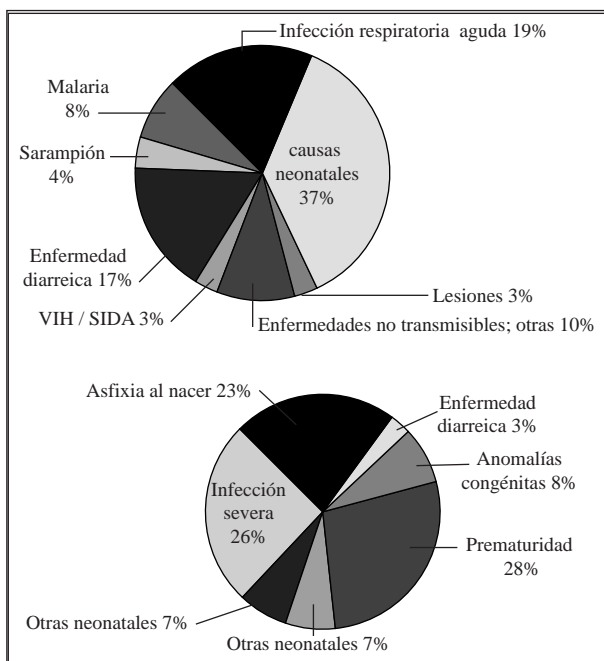


Figura 6: Causas de muerte de niños menores de 5 años.

Hay también un rezago histórico, como por ejemplo en la mortalidad materna. Puede verse en el gráfico que sobre el histórico del índice de mortalidad materna de Estados Unidos, se han colocado los índices actuales de los países de América Latina y el Caribe, y en el promedio de estos países nos encontramos en cifras similares a las que tenía Estados Unidos hace cuarenta años. En este tema, sabemos que hacen falta políticas de empoderamiento de las mujeres, pero también en relación a la calidad de los servicios. Algunos países están casi al mismo nivel que Estados Unidos, pero en el continente tenemos entre Haití y Canadá una diferencia de hasta 40 veces la tasa de mortalidad entre uno y otro país, esto muestra una gran brecha en la equidad.

La agenda inconclusa es una expresión del rezago en la acumulación de las ganancias en salud. Sus problemas prioritarios se encuentran generalmente ocultos tras la "tiranía de los promedios" y usualmente se concentran en grupos poblacionales con mayor exclusión social. Una gran parte de las metas ODM se dirigen precisamente a resolver la agenda inconclusa: sobrevivencia infantil, salud materna, desnutrición, tuberculosis, malaria, acceso a agua segura. Una vívida ilustración de esta realidad la proporciona la situación de la mortalidad materna en los países de la Región alrededor del año 2000 respecto a la tendencia histórica 1900-2000 en los Estados Unidos de Norteamérica. (Figura 7)

La magnitud de la agenda inconclusa en la mortalidad materna en América Latina y el Caribe

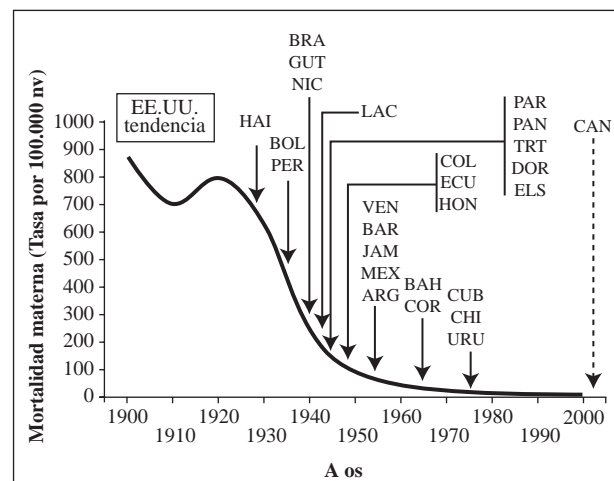


Figura 7: Fuente PAHO/WHO, 2005.

Se puede analizar también la prevalencia del SIDA y el acceso a los tratamientos antirretrovirales. Para ello, se han clasificado en base a estas dos variables a los países para visualizar de una manera más clara el estado de la situación. (Gráfico). Lo mismo en relación a la carga de la tu-

berculosis, donde se han hecho grandes avances. El problema está concentrado en un grupo reducido de países (con el 75 % de los casos), que son los siguientes: Haití, República Dominicana, México, Honduras, Ecuador, Perú, Bolivia, Brasil y Nicaragua. El 50% de los casos se concentran en Brasil y Perú, pero el continente está muy comprometido con el tema de tuberculosis. Los dos países mencionados tienen programas intensos y extensos con adopción de la terapia controlada, y aquí se puede hacer un avance importante. De todas maneras, hay que estar concientes del problema de migración que tiene el continente con los trabajadores informales y la combinación con la epidemia del SIDA. (Figura 8)

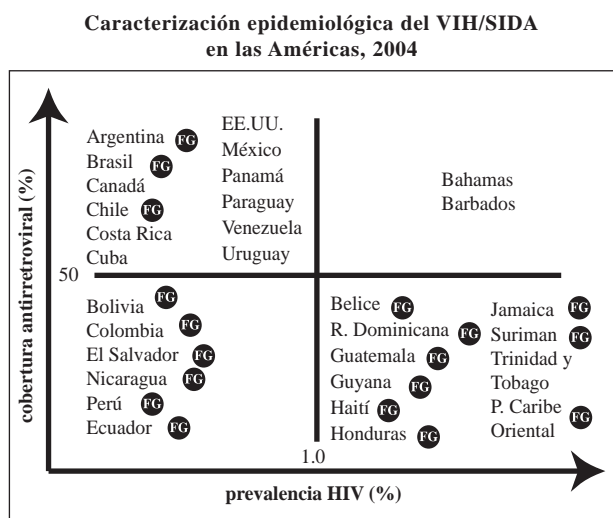


Figura 8: Fuente PAHO/WHO, 2005.

Asimismo hay una estrecha relación entre el acceso al agua potable y el índice de mortalidad infantil que tienen una correlación directa. (Figura 9)

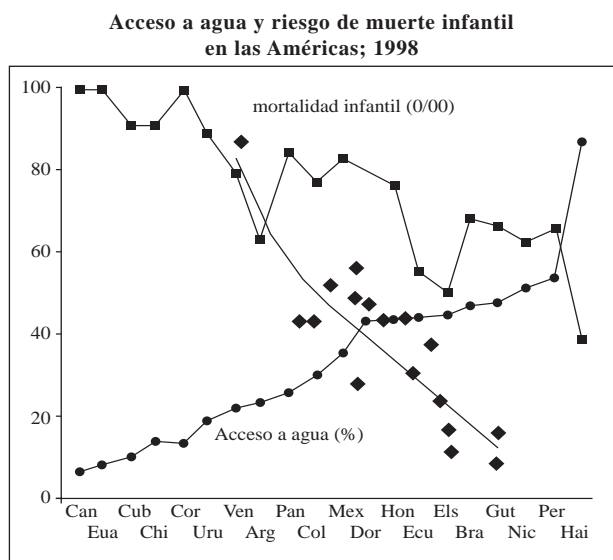


Figura 9: Fuente PAHO/WHO, 2005.

Objetivos del Milenio y Desarrollo Nacional de la Salud

Una de las cuestiones sobre la que se está insistiendo, es mirar los ODM a través de un prisma de sinergismo y de trabajo conjunto intersectorial constituido por el diálogo de estos días. Uno de los temas importantes es cómo las políticas públicas pueden abordar el tema de la promoción de la salud, la participación de la comunidad, la relación entre los sectores y la protección social. (Figura 10).

ODM y el criterio integrado para el Desarrollo Nacional de la Salud

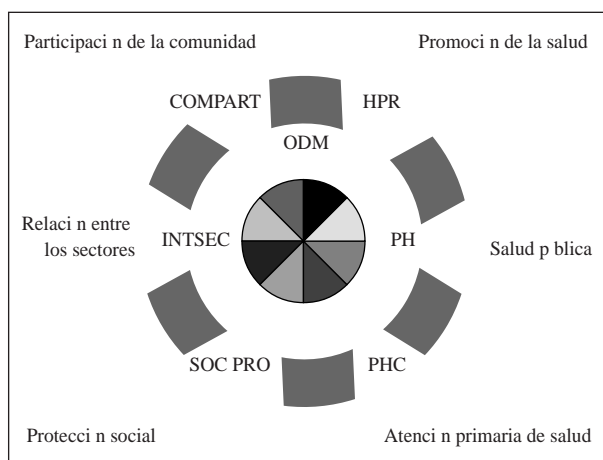


Figura 10: Fuente: PAHO/WHO, 2005.

Se tomaron algunas orientaciones de políticas que van en el sentido de promover la intersectorialidad y el trabajo interinstitucional en la mayoría de nuestros países, y también al interior de los países. Este continente ha avanzado mucho en la democratización y en la descentralización y por lo tanto hay autoridades locales, departamentales, donde se deben reconstruir estas relaciones intersectoriales y la formulación de políticas públicas. Cada vez más los recursos están disponibles a niveles locales (también los financieros). Se debe profundizar esta descentralización si se quiere mejorar la equidad y extender la protección social en salud.

- Promover la intersectorialidad e interinstitucionalidad.
- Fortalecer el trabajo entre salud y ambiente.
- Mejorar la equidad y extender la protección social en salud.
- Incrementar y hacer más progresivo el gasto corriente y de inversión en salud.
- Asegurar el desarrollo integral y sostenible de los recursos humanos en salud.

Se destaca la importancia de incrementar el gasto progresivo y de inversión en salud. Finalmente el tema muy importante del desarrollo de los re-

cursos humanos, en especial, los recursos humanos en salud. El sector salud y el sector educación continúan siendo los sectores de amplio empleo, y se espera que en la Cumbre de las Américas, que va a ser dedicada al tema del empleo, se reconozca el valor importante, el valor social de estos sectores también como empleadores.

Hay algunas asignaturas pendientes:

- Un rezago operativo en el fortalecimiento de los sistemas de salud pública y en la infraestructura en salud pública. Las dos décadas de reducción de inversiones en el sector público, en el sector Estado han dejado una vulnerabilidad en los sistemas públicos que están muy fragmentados y desfinanciados.
- Un rezago estructural en extender la protección social en salud. Hay un rezago cultural en función del incremento del sector laboral informal, para sistemas de aseguramientos que estaban basados en la condición de trabajador formal.
- Un rezago de gobernabilidad al involucrar a todos los sectores del gobierno y de la sociedad, en una verdadera intersectorialidad y un esfuerzo de participación conjunta. Particularmente en varios países de la región que están viviendo situaciones de tensión en la gobernabilidad no sólo del país, sino también del sector por reclamos de los trabajadores pero también por los distintos componentes: seguridad social, sector privado, público, sociedad civil, etc. Se requiere un gran esfuerzo, un pacto para formular y diseñar la política pública.
- Un rezago de equidad en responder a las necesidades de salud de los más desfavorecidos.

Por todo eso, no alcanza con hacer el monitoreo de los ODM, que es muy importante para señalarlos si vamos en la dirección correcta, y si vamos a la velocidad correcta. También se necesita fundamentalmente una alianza entre el sector económico y el social.

Es necesario abocarse a otros temas relacionados con la salud, como por ejemplo la naturaleza y costo de las intervenciones que los países necesitan instrumentar para el logro de los ODM relacionados con la salud. Cuando hablamos de la naturaleza y el costo de las intervenciones tenemos que hablar el mismo lenguaje.

También se precisa una alianza de subsectores dentro del sistema de salud que lo fortalezca, y otra alianza entre diferentes países. Asimismo, es necesario definir dentro del pacto social cómo se harán las inversiones, reconociendo las necesidades de la población, a dónde quiere llegar y cuánto está dispuesta a invertir en ello e identificar las economías de escala para el fortalecimiento de los sistemas de salud, y la articula-

ción de esta definición con planes, políticas y programas nacionales. También es preciso buscar el desarrollo de planes de inversión que tomen en cuenta los flujos de inversión interna y externa que se requieren, y que definan el proceso para movilizarlos.

Ha habido mucha influencia de las ideas que impulsaban la reducción de la carga impositiva, siguiendo los preceptos del Consenso de Washington. Pero si no es a través de una tasación progresiva y de una valoración por parte del ciudadano del poder distributivo, con mayor justicia de los recursos colectivos, no es a través del esfuerzo individual como podrán salir los pobres a realmente ocupar un papel de ciudadanos y poder tener voz en las definiciones políticas y económicas.

Por eso hay que generar políticas cada vez más incluyentes, generar políticas de salud que favorezcan la inclusión de los grupos excluidos. El tema de la portabilidad de la garantía de acceso al sistema de salud es cada vez más importante, si tenemos en cuenta también la gran movilidad de las personas en el Caribe e intrarregiones en el continente. Los movimientos migratorios temporarios o permanentes son elementos centrales. Asimismo, el derecho a la salud supone reforzar la gobernabilidad democrática en un marco de cohesión social y de respeto a los derechos humanos.

En relación a la alianza entre los indicadores de salud y medio ambiente, resulta claro que los ODM que requieren intervenciones directas

del sector salud tienen un mayor impacto si son reforzadas por estrategias ambientales y educativas. Los determinantes sociales que afectan la salud de la población se reflejan en ambientes insalubres para los niños, así como en ambientes educativos y de trabajo inapropiados y con obstáculos para alcanzar los niveles de desarrollo sostenible para el 2015.

Tenemos que lograr avanzar en ello y extenderlo también hacia Educación y Trabajo. Por ello enfatizamos la necesidad de una agenda conjunta de salud y ambiente para alcanzar los Objetivos. Particularmente creemos que hay áreas y temas que son piezas fundamentales de esa agenda básica entre Salud y Ambiente, sin la cual no podremos obtener ninguno de los ODM relacionados con Salud. Esta alianza estratégica tendrá que definir los puntos críticos que reúnen a los cuatro sectores, y que permitan maximizar no sólo la asignación de recursos económicos, sino también de recursos políticos, tecnológicos y centrados en grupos poblacionales y áreas geográficas más marginadas.

Recordemos que entre 1990 y el 2005 se han sumado a la población de las Américas 165 millo-

nes de personas (118 millones en la América Latina y el Caribe), y en los próximos 10 años, en curso hacia el alcance de los ODM, se han de sumar otros 100 millones (73 millones en LAC).

Una agenda básica Salud-Ambiente para alcanzar los ODM incluiría entonces los siguientes puntos:

- La mejoría, en acceso y calidad, del agua potable y el saneamiento para la salud.
- Las ciudades y cinturones urbanomarginales como un desafío para la salud poblacional.
- La sostenibilidad ambiental y el balance ecológico.
- El crecimiento poblacional y el desafío de sostener el ritmo de los progresos hacia los ODM. (Figura 11)

Una Alianza Estratégica para los ODM.

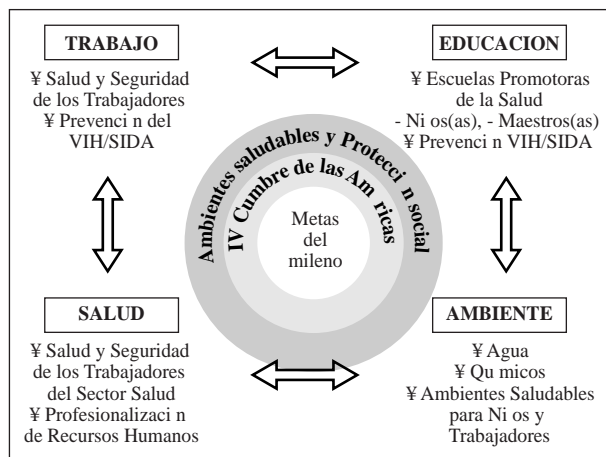


Figura 11: Fuente: PAHO/WHO, 2005.

En OPS los Ministros decidieron fijar una agenda de cooperación que no tome aspectos específicos, sino que sean temas que los convoquen a todos en el trabajo, identificando que lo más importante es que cualquier acción, aún focalizada sirva para el desarrollo sanitario nacional, es decir, para el fortalecimiento de sus sistemas na-

cionales de salud. En este marco, cada país tiene que ver cuáles son los temas de su agenda inconclusa, que son la expresión más crítica de la inequidad o del rezago en la acumulación de las ganancias en el tema de salud y de la calidad de vida. Cuáles son los logros que se deben proteger, y la posibilidad de identificar cuáles son los mayores desafíos.

La mayoría de estos últimos no puede resolverse a nivel nacional, son cuestiones que deben resolverse en una alianza colectiva complementaria de los esfuerzos nacionales, como en el caso del tabaco, las epidemias o el Reglamento Sanitario Internacional. A partir de identificar la salud como un derecho, utilizar las tecnologías y posibilidades que nos brinda la información y el conocimiento en la Región, que si bien es la más inequitativa, es la Región con más acceso a la información. Creemos que podemos armar un paquete con las estrategias compartidas tanto en Salud, Ambiente, Protección Social, Promoción de la Salud y Atención Primaria, ese es el camino metodológico y político que nos lleva a los ODM y más allá todavía del 2015. (Figura 12).

Marco de la OPS para la cooperación técnica

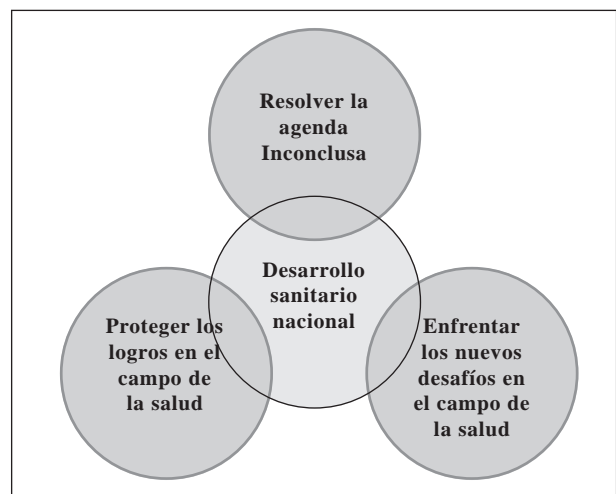


Figura 12: Fuente: PAHO/WHO, 2005.