

Conferencia Magistral del Recuerdo

Del II Foro «Salud y Desarrollo» que trató el tema
«HACIA UN CONSENSO EN SALUD»

Trabajo del Dr. Antonio José González -que mantiene plena vigencia- presentado con motivo de su incorporación como Miembro Honorario de la Academia Peruana de Salud en el auditorio del Colegio Médico del Perú el 20 de abril de 1994. No fue publicado entonces por los avatares propios de los primeros meses de vida institucional. Hoy lo

hacemos en homenaje al destacado sanitarista argentino y distinguido Académico, quien partiera hace dos años dejando un legado ejemplar de humanismo, sabiduría y fraternidad latinoamericana.

El Consejo Directivo

EL CONSENSO Y LA META SALUD PARA TODOS

Introducción al Cambio de la Metodología Administrativa

Dr. Antonio José González*
Académico Honorario

I. EL CAMINO RECORRIDO

A. Consenso y concepto

La trascendencia del tema que nos propone la Academia Peruana de Salud, en éste su II Foro «Salud y Desarrollo», requiere, a mi juicio, como primer paso en el difícil camino «Hacia un Consenso en Salud», algunas consideraciones sobre el concepto de salud.

Cuando los que promovemos el **consenso** concordemos respecto del **concepto**, estaremos en condiciones de avanzar con mejores posibilidades de llegar a nuestro objetivo. Como sabemos, la comunicación de un concepto cualquiera, exige no sólo la palabra que lo expresa, en nuestro caso salud; es necesario también definir el **contenido** que le damos a la palabra. Es indispensable para la discusión del concepto, que para todos los que intervienen en ella, palabra y contenido sean los mismos. Esto que parece obvio, no siempre ocurre en los intercambios de opinión sobre un tema determinado.

El contenido de la palabra salud -su significado- ¿es el mismo para un nórdico que para un



sudamericano? ¿Es igual para el habitante de una sólida casa urbana, que para el que vive en el barro, cubierto con latas y cartones? ¿Es coincidente ese contenido en una reunión de ministros de salud, con el que se debate en una reunión de ministros de economía, aún de la misma región?

Creo que sobre este tema nos está faltando un idioma común, que nos permita superar el mayor

* Ex Secretario de Salud de la República Argentina y ex Consultor en Planificación de Salud de OPS/OMS

problema de nuestra época: la incomunicación. Nuestras ideas están aprisionadas por muros de intereses que, aún legítimos, impiden la construcción de puentes de solidaridad. Regiones, países, pueblos y hombres han levantado durante siglos barreras intelectuales, que hoy les cuesta superar para entenderse y trabajar juntos. Tendremos que iniciar una tarea quizá prolongada y dificultosa, pero necesaria e impostergable: construir ese idioma común. No habrá consenso sin él.

Desde las murallas de Jericó hasta el muro de Berlín cayeron muchos obstáculos materiales que parecían sólidos y duraderos.

Pero un idioma común es algo más que un conjunto de palabras y sus significados. Éstos de nada valen para la comunicación, si la **intención** con que son pronunciados y escuchados no es coincidente. Así que el consenso exige una herramienta de raro uso entre los hombres: un idioma que por sus palabras y por el contenido de éstas sea **inteligible**; y por la honestidad con que se pronuncien, signifiquen, más que un diálogo, un **compromiso**. Creo que aún no disponemos de esa herramienta. Muchos y desde hace mucho tiempo nos han precedido en su búsqueda. Pero los resultados son, cuando menos, lentos en el avance hacia la comprensión para el consenso.

Desde las murallas de Jericó hasta el muro de Berlín cayeron muchos obstáculos materiales que parecían sólidos y duraderos. Pero tenemos que admitir que su permanencia ha sido superada por barreras mucho más sutiles y solo aparentemente más endebles, que los hombres aún guardan dentro de sí.

Sobre concepto de salud hemos escrito mucho. Sobre consenso en salud, hemos logrado poco.

B. Principales antecedentes

Analizar los intentos que nos precedieron no es tarea menor. Propongo, por lo tanto, que nos limitemos a lo ocurrido en este siglo, seleccionando aquellos eventos que por los recursos políticos, técnicos y económicos exigidos para su concreción, parecieran más destacables.

El 14 de noviembre de 1924, se firman en La Habana, Cuba, los 13 capítulos del **Código Sanitario**

Panamericano. Tres años después, del 12 al 20 de Octubre de 1927, se elaboró un Protocolo Adicional para su ratificación, y en octubre de 1952 un Protocolo Anexo que derogó algunos artículos del documento original. El objeto de ese Primer Documento Básico fue la prevención y propagación de «infecciones o enfermedades susceptibles de transmitirse a seres humanos» y de uniformar e intercambiar información sobre las mismas.

La Constitución de la Organización Panamericana de la Salud, comprendiendo: 1) La Conferencia Sanitaria Panamericana, 2) El Consejo Directivo, 3) El Comité Ejecutivo del Consejo Directivo, y 4) La Oficina Sanitaria Panamericana, fue firmada en Buenos Aires, el 2 de octubre de 1947. Sus propósitos, enunciados en el artículo 1º son «la promoción y coordinación de los esfuerzos de los países del Hemisferio Occidental para combatir las enfermedades, prolongar la vida y estimular el mejoramiento físico y mental de sus habitantes». (1, pág. 1-23).

Habían transcurrido 22 años de aquel Código Sanitario Panamericano, cuando los representantes de 61 Estados firmaron el **Acta de Constitución de la Organización Mundial de la Salud**, como corolario de la Conferencia Internacional de la Salud, celebrada en Nueva York desde el 19 de junio al 22 de julio de 1946. Incluyeron entonces, como primero de los principios que ellos llamaron «básicos para la felicidad, las relaciones armónicas y la seguridad de todos los pueblos», la que luego se asumió como definición de la salud en todo el mundo: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». (1, pág. 24).

...«la salud es un derecho universal que distingue una sociedad civilizada de la que no lo es»,...

En cuanto a cómo conseguir ese ideal, el último de dichos principios fue igualmente amplio al expresar: «Los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual sólo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas».

La Organización, por su parte según el capítulo I, artículo 1, decide que su finalidad será «alcanzar

para todos los pueblos, el grado más alto de salud». (1, pág. 25). Más de un cuarto de siglo después, continúa la ambigüedad formando parte de los intentos por definir el concepto.

En el capítulo titulado precisamente «El Concepto Universal de Salud», del Informe Final de la **III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas**, realizada en Santiago de Chile, del 2 al 9 de octubre de 1972, el Plan Decenal de Salud para las Américas, nos dice que «la salud es, para cada ser humano, un fin, y para la sociedad, un medio». Más adelante, afirma que «la salud es un derecho universal que distingue una sociedad civilizada de la que no lo es», y también que «la salud es un producto intersectorial y depende del desarrollo global». Establece además, sorprendentemente, que el desarrollo económico «debe ser acelerado, entendiéndose como tal el crecimiento del Producto Bruto Interno con un ritmo superior al 6% anual» (1). El mismo documento recuerda la definición de problemas de salud que hiciera la Primera Reunión de Ministros: «...los entendemos como el conjunto de factores que condicionan las enfermedades y su distribución en cada sociedad. Estos factores son de orden biológico, económico, histórico y cultural.» (2. pág. 4-5).

Seguía pendiente el desafío de contestar a la pregunta más importante: ¿Cómo hacemos para que todas estas declaraciones se transformen de declaratorias en operativas?

En mayo de 1977, la Asamblea General de la OMS indicó que los países concurrentes debieran tratar de «Alcanzar para todos los ciudadanos del mundo, un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva.» Seguía pendiente el desafío de contestar a la pregunta más importante: ¿Cómo hacemos para que todas estas declaraciones se transformen de declaratorias en operativas?

En busca de una respuesta, se reunió la **Conferencia Internacional de Alma-Ata** en Kasakhstan, Rusia, desde el 6 al 12 de setiembre de 1978. Concurrieron esta vez delegados de 134 naciones y de numerosas organizaciones gubernamentales y no gubernamentales. Adoptaron unánimemente 22 recomendaciones, y formularon la

Declaración de Alma-Ata que consta de diez puntos. Fue presentada como una Estrategia General - Atención Primaria de Salud- y una meta -Salud para Todos en el año 2000-, ambas aprobadas por la Conferencia. La Declaración comienza con un pequeño prólogo en el que considera «la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todo el personal de salud y desarrollo, y de la comunidad mundial», para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo.

La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad.

La Atención Primaria de Salud se definió entonces, como «la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias, que la comunidad y el país puedan soportar en todos y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria» (3. pág. 162-168).

El Sexto Informe sobre la Situación Sanitaria Mundial (1973-1977), publicado en 1980-1981, admite «el fallo relativo de los índices de salud en gran parte del mundo, registrados en los últimos años, e incluso el posible deterioro de tales índices en ciertos lugares» (5. Resumen pág. 4. Primera parte, Análisis Global).

Más recientemente, en el Día Mundial de la Salud de 1983, el Director General de la OMS advirtió: «Ha comenzado `la cuenta atrás´ en el logro de la meta de salud para todos en el año 2000». Recordó,

asimismo, que los Estados Miembros de la organización. «se han comprometido a colaborar con objeto de que, para entonces (año 2000), todas las personas hayan alcanzado, en todas partes, por lo menos un grado de salud que les permita desarrollar un trabajo productivo y participar activamente en la vida social de la comunidad en que viven» (6. pág. 84-90).

Ya no era el «completo bienestar» sino «un grado» del mismo. La indefinición no se supera. La ambición se limita. Los plazos se acortan. El cambio está lejos. Se insiste, no obstante, en la amplitud del alcance: «todas las personas» en «todas partes», y en la meta cronológica: año 2000.

- Hace 70 años de la firma del Código Sanitario Panamericano.
- Han transcurrido 48 años desde que 61 Estados acordaron una definición de salud.
- Han pasado 16 años desde que 134 Naciones establecieron una meta y una estrategia para alcanzarla.
- Faltan menos de 300 semanas para llegar al año 2000.

¿Habrá para entonces salud para todos?

C. Diagnóstico de situación

Muchos son los documentos producidos y la mayoría de ellos están disponibles en las bibliotecas de los organismos internacionales, para analizar la evolución de la situación sanitaria mundial durante este siglo. Ellos nos permiten aventurar una respuesta al interrogante anterior, apreciando con justicia lo avanzado, aceptando sin eufemismos el momento actual, y proyectando con realismo las tendencias para esas próximas 300 semanas.

Entre las muchas que merecen consultarse por la calidad de su información, se destacan tres publicaciones recientemente recibidas, todas ellas fechadas en 1993:

- «*Informe sobre el Desarrollo.- Invertir en Salud*», del Banco Mundial. (7)
- «*Reforma Social y Pobreza. Hacia una Agenda Integrada de Desarrollo*», del Banco Interamericano de Desarrollo (8).
- «*Aplicación de la Estrategia Mundial de Salud para Todos en el año 2000 - Segunda Evaluación*

- *Octavo Informe sobre la Situación Sanitaria Mundial*», (Vol. 1: Análisis Mundial) de la Organización Mundial de la Salud (9).

De dichas fuentes, principalmente, se han estructurado los comentarios siguientes relacionados con:

1. Salud para Todos en el año 2000

«Desde un principio, la salud para todos en el año 2000, aunque aceptada unánimemente como meta social por todos los Estados Miembros de la OMS, fue recibida con curiosidad, más que con la intención real de alcanzarla. Cuando se comprendieron mejor los principios de salud para todos y la atención primaria, hubo iniciativas para reducir la desigualdad, generalmente a favor de ciertos grupos vulnerables, o para resolver problemas de salud prioritarios.

«Pese a todo, la insuficiente comprensión de los principios básicos de la salud para todos, los intereses especiales y las cambiantes prioridades de autoridades y planificadores, la presión ejercida a veces por los organismos externos de financiación, la falta de fondos para instituciones y programas, y la resistencia de algunos grupos profesionales o de intereses establecidos al sistema de atención primaria, han frenado la implementación de ésta, particularmente en lo que respecta al fortalecimiento de la infraestructura y la gestión de los sistemas de salud, sobre todo a nivel periférico, y a la distribución apropiada del personal. Algunos países siguen centrándose en la atención curativa, sin asociarla con la preventiva ni con servicios de promoción de la salud.» (9. pág. 71-75).

2. Aplicación de la estrategia de Atención Primaria

«.....se vio afectada por los siguientes factores:

- a) La lentitud con que se han reorientado los programas existentes de lucha contra las enfermedades en función de las necesidades de la población.
- b) Las dificultades para lograr la participación de todos los interesados (individuos, familias, comunidades y organizaciones no gubernamentales locales, como el personal de salud) en la prestación de asistencia sanitaria.

- c) Las dificultades de colaboración para prestar atención de salud de modo permanente mediante la infraestructura sanitaria general.
- d) La gestión deficiente de la prestación de asistencia, sobre todo a nivel operacional.» (9. pág. 169)

3. Coordinación intersectorial

La cadena establecida de autoridad y estructura orgánica de ministerios e instituciones del gobierno, protege celosamente las esferas de competencia de los departamentos y, por tanto, tiene un rasgo innato contra la coordinación intersectorial. Por ello, la mayoría de esos mecanismos no condujeron al diálogo sobre problemas comunes, ni a la identificación de las medidas conjuntas necesarias, ni a la formulación de metas comunes. El estancamiento de las estrategias intersectoriales de salud se ha debido también a muchas otras razones:

En primer lugar, la planificación sanitaria siguió siendo una actividad limitada al sector salud, a cargo principalmente de profesionales del ramo que trabajaban relativamente sin contacto con otros procesos de desarrollo. Ese aislamiento se ve favorecido por la tendencia de la mayoría de los sectores a considerar al de la salud como integrado principalmente por servicios médicos y sus prestaciones.

En segundo lugar está la confusión creada por el uso del término «salud» como equivalente a estado de salud, servicios sanitarios e incluso a veces sector salud propiamente dicho. Sin embargo, es evidente que esos términos significan cosas muy distintas. Mientras los servicios sanitarios están primordialmente a cargo del sector, eso no ocurre con el estado de salud, que es el resultado de comportamientos y actividades diversas de desarrollo. En ese sentido es una responsabilidad que no incumbe exclusivamente al sector salud, sino que éste comparte con otros sectores (9. pág. 42).

«Las causas de algunos de los problemas y muchas de las respuestas están en sectores distintos del de salud, a saber: en la escala general de valores sociales, que incluye el compromiso de los gobiernos de mantener y mejorar la salud por medios apropiados y de garantizar la alfabetización y educación de la población; en los factores políticos,

económicos y demográficos; en las políticas de desarrollo; en la evolución tecnológica y científica; y en las políticas y orientaciones de los organismos de asistencia exterior.»

«En cualquier caso, cada vez es más evidente que la salud es resultado de la actividad -o de la inactividad- en muchos sectores. Uno de los principales problemas ha consistido en la falta de cooperación eficaz entre diversos programas del sector de la salud, así como la insuficiente coordinación con otros sectores. Muchos países han elaborado nuevos métodos de financiación de la atención de salud, han reexaminado sus programas de formación de médicos y de capacitación de personal sanitario y han revisado los programas de lucha contra las enfermedades para que tengan un carácter más holístico, interdisciplinario e intersectorial, que asegure la colaboración mundial en el apoyo a la protección de la salud y la atención primaria.» (9. pág. 76-97 y 169- 179).

4. Aspectos epidemiológicos

Por razones de espacio, los datos que se incluyen han sido seleccionados entre los más relevantes dentro de la nutrida información que ofrecen los documentos antes mencionados, y son expuestos sucintamente y sin comentarios adicionales.

- Cada año mueren en el mundo unos 50 millones de personas, de las cuales 39 millones fallecen en los países en desarrollo. En los seis últimos años, el descenso de la tasa de mortalidad se ha visto contrarrestado por el aumento de población.
- Si la tasa de mortalidad en la niñez se redujera en los países en desarrollo al nivel que prevalece en los países de ingresos altos, cada año morirían 11 millones menos de niños.
- En 1991 América Latina y el Caribe tuvieron en el grupo de menores de 5 años, 57 muertes por cada 1000 nacimientos. Esto significa que en ese año, murieron en la región aproximadamente 664.000 niños menores de 5 años. Asia Oriental y el Pacífico, registran una tasa significativamente más baja: 42 muertes por mil nacimientos.
- El 45% de las muertes que hoy ocurren en América Latina y el Caribe, podrían ser

- perfectamente evitables o postergables, si en todos los países la mortalidad se comportase como se comporta en aquellos países de la propia región que tienen las tasas más reducidas.
- En el mundo en desarrollo, unos 3.300 millones de personas no tienen acceso a agua limpia y abundante, y casi 2.000 millones no disponen de un sistema adecuado para la eliminación de las heces.
 - En América Latina, 130 millones de personas no tienen acceso a agua potable segura; 145 millones no tienen sistemas sanitarios para la eliminación de excretas; 300 millones contaminan permanentemente los cursos de agua; 100 millones no acceden a sistemas de recolección de basura, y 160 millones no tienen acceso permanente a los servicios de atención a la salud. (8. pág. 172).
 - Estas condiciones de alto riesgo, condujeron al brote violento de la epidemia de cólera en los años 1991 y 1992. Hasta noviembre de 1992 se habían producido 700.000 casos de cólera, virtualmente en todos los países de América Latina, y se pueden atribuir a esta enfermedad, cerca de 7.000 defunciones en los países afectados (8. pág. 170-171).
 - El Consejo Mundial de Alimentos calcula que alrededor de 1.000 millones de personas padecían hambre crónica a mediados del decenio de 1980. El Banco Mundial estimó que en 1980, alrededor de la tercera parte de la población del mundo no ingería bastantes calorías para desplegar una vida activa de trabajo. La FAO con un criterio más riguroso, calculó en 325 millones la población malnutrida que en 1979-1981 existía en 98 países en desarrollo. No se sabe con exactitud el número de población malnutrida o hambrienta.
 - La tasa de alfabetismo de adultos, entre 1985 y 1991 pasó de 94 a 95% en países con economías de mercado desarrolladas, y sólo de 36 a 40% en los países menos adelantados dentro del grupo de países en desarrollo. (9. Indicador Mundial N° 11, pág. 213).
 - Las enfermedades infecciosas y parasitarias causan alrededor de 17 millones de defunciones anuales.
 - La prevalencia actual de las parasitosis intestinales es: 1.000 millones de casos de ascariasis, 900 millones de anquilostomiasis y 500 millones de tricuriasis.
 - Enfermedades diarreicas: 2,8 episodios de diarrea al año por cada niño menor de 5 años (1.500 millones de episodios/año) y más de 3 millones de defunciones en este grupo de edad. Además un millón de muertes de adultos por año.
 - Infecciones respiratorias agudas: Primera causa de mortalidad infantil en los países en desarrollo (4,3 millones de defunciones por año).
 - Enfermedades evitables por vacunación: Su incidencia en 1989 fue: sarampión 49 millones de casos, tos ferina 45,8 millones, tétanos 1,5 millones (en todas las edades), poliomielitis 190.000 casos. Cada año siguen produciéndose unos 1,6 millones de muertes evitables causadas por sarampión, tétanos y tos ferina; unos 120.000 casos de poliomielitis paralizante, y de uno a dos millones de defunciones atribuibles a la infección por el virus de la hepatitis B.
 - Enfermedades de transmisión sexual: La incidencia anual de las principales es de 250 millones de casos, distribuidos como sigue: tricomoniasis 120 millones, clamidiasis genital 50 millones; infección genital por papiloma virus humano 30 millones, blenorragia 25 millones, herpes genital 20 millones, sífilis infecciosa 3,5 millones, chancroide 2 millones.
 - SIDA: Cada año un millón de personas contraen la infección por VIH. Este número va en aumento.
 - Esquistosomiasis: Endémica en 76 países. 600 millones de personas expuestas, de las cuales 200 millones están infectadas y 20 millones presentan manifestaciones graves.
 - Paludismo: Situación mundial en deterioro. Más de 2.000 millones de personas, casi la mitad de la población mundial, se hallan expuestas a grados diversos de riesgo de paludismo, en unos 100 países y zonas. En los países del África subsahariana se regis-

tran cada año alrededor de 100 millones de casos clínicos y casi un millón de muertes.

- Tuberculosis: Aproximadamente 1.700 millones de personas corren riesgo de contraer la enfermedad. En 1990 hubo 8 millones de nuevos casos, de los que 7,6 millones correspondieron a los países en desarrollo. Causó 3 millones de defunciones.
- Tripanosomiasis: En América Latina 95 millones de personas, la quinta parte de la población, corren riesgo de contraer la infección causada por el *Tripanosoma cruzi*.
- Leishmaniasis: Prevalencia global de 12 millones de casos. Personas expuestas: 390 millones.
- Hepatitis: Más de 2.000 millones de individuos, dos de cada cinco habitantes de la tierra, están infectados por el virus de la hepatitis B. Más de un millón de muertes por año por las secuelas de las infecciones de este virus (cirrosis hepática, cáncer primario de hígado). Casi todas éstas son evitables, pues desde 1982 se cuenta con vacunas.
- Rabia: Mueren por esta enfermedad: 30.000 personas en Asia, 5.000 en África y 300 en América Latina.
- Lepra: 3,7 millones de casos registrados en el mundo en 1990.
- Enfermedades cardiovasculares: Causan la cuarta parte de las muertes, y en los países desarrollados, la mitad.
- Enfermedades respiratorias crónicas: La prevalencia de la bronquitis crónica parece situarse entre 300 y 600 millones de casos en todo el mundo. En los países desarrollados preocupa cada vez más la muerte por asma.
- Diabetes mellitus: Se prevé que uno de cada cinco habitantes de América del Norte habrá contraído diabetes antes de los 70 años de edad. En 1987 los gastos vinculados con esta enfermedad en ese país, importaron 20.000 millones de dólares.
- Cáncer: Cada año se registran aproximadamente 7 millones de nuevos casos, la mitad en los países en desarrollo. En la actualidad existen alrededor de 14 millones de enfermos. Cada año mueren 5 millones. Alrededor del 70% de los cánceres son imputables al modo de vida y al medio ambiente. Por lo menos la tercera parte serían evitables si se aplicaran los conocimientos actuales.
- Trastornos mentales y neurológicos: 300 millones de personas aquejadas de algún trastorno o deficiencia mental neurológica. Epilepsia: 8 millones en países desarrollados y más de 35 millones en el resto del mundo. Individuos con retraso mental: entre 90 y 130 millones. Esquizofrenia y otras psicosis: 55 millones. Demencias seniles: 30 millones.
- Traumatismos: Ocupacionales 12,7 millones de traumatismos y 146.000 defunciones al año.
- Discapacidades: Hasta el 5% de la población. En el mundo hay 31 millones de ciegos, el 90% en países en desarrollo.
- Suicidio: En algunos países se ha duplicado o triplicado, principalmente entre adolescentes y adultos jóvenes.
- Alimentos, nutrición y enfermedades: En el mundo en desarrollo, excluida China, más de la tercera parte de los niños menores de 5 años (150 millones) padecen deficiencia ponderal. 163 millones retraso del crecimiento. Malnutrición grave: 23 millones de niños. Varios millones de niños aquejados de cretinismo y otras lesiones encefálicas permanentes. Región más afectada: Asia (uno de cada dos niños aproximadamente está malnutrido).
- Tabaquismo: Tres millones de muertes al año. En China el consumo de cigarrillos aumentó de 500.000 millones (1978) a 1,4 billones (1987).
- Abuso de alcohol y drogas: Principalmente causas de defunción relacionadas con el alcohol son: accidentes cerebro vasculares, accidentes de vehículos automotores, cirrosis hepática, suicidio, síndrome de dependencia, cánceres de boca, faringe, esófago, mama y colon. El abuso de drogas lícitas crece. Están

surgiendo mercados paralelos para la venta de fármacos sin prescripción. El abuso de drogas inyectables como la heroína, la cocaína y las anfetaminas multiplica la posibilidad de muerte por sobredosis y la propagación del VIH.

Gases de efecto invernadero y calentamiento de la atmósfera: Los efectos principales serían un aumento aproximado de 3° C en la temperatura promedio de la superficie de la tierra para el 2030, una elevación del nivel del mar entre 0,1 y 0,3 m. para el 2050, y una mayor frecuencia de fenómenos extremos (ciclones, olas de calor y sequías).

- Riesgos para la salud relacionados con el medio ambiente: 15.000 muertes mundiales sólo por plaguicidas, 600 millones de personas viven en urbes donde las concentraciones de dióxido de azufre sobrepasan los valores permisibles, 1.200 millones habitan en centros urbanos donde las partículas en suspensión superan ese tipo de límites. Casi todas esas ciudades están en países en desarrollo. Hay que agregar: contaminación en interiores, contaminación de los abastecimientos de agua, desechos peligrosos, radiaciones ionizantes y no ionizantes, ruido, radiaciones ultravioletas B.
- Vivienda en salud: Tanto en las zonas urbanas como en las rurales la población soporta una gran carga de enfermedades y muertes prematuras, a causa de las deficiencias de la vivienda y de los servicios sanitarios y ambientales básicos.
- Pérdida de la biodiversidad: Se cree que la desaparición de especies vegetales en selvas tropicales y subtropicales húmedas, puede llegar a 0,2 - 0,3% al año (100 especies por día). Miles de plantas medicinales habrán desaparecido antes del año 2000. También resultarán afectados cultivos de plantas alimentarias ancestrales y los animales domésticos.
- Deforestación: Los bosques están desapareciendo a un ritmo de 15 millones de hectáreas por año.
- Desertificación y degradación de los suelos: 20 millones de hectáreas de tierras agropecuarias se han vuelto yermas. El fenómeno avanza a razón de unos 6 millones de hectáreas al año.
- Gases de efecto invernadero y calentamiento de la atmósfera: Los efectos principales serían un aumento aproximado de 3° C en la temperatura promedio de la superficie de la tierra para el 2030, una elevación del nivel del mar entre 0,1 y 0,3 m. para el 2050, y una mayor frecuencia de fenómenos extremos (ciclones, olas de calor y sequías).
- Destrucción de la capa de ozono: Mediciones de los últimos 20 años revelaron considerable descenso de la concentración de ozono en la estratósfera, especialmente en el hemisferio norte. Esto puede aumentar las radiaciones ultravioletas biológicamente activas. Efectos posibles: aumento del cáncer cutáneo distinto del melanoma y del propio melanoma maligno; aumento de las enfermedades oculares (cataratas). Pueden dañarse diversas larvas acuáticas y la producción de algas. También algunos cultivos vulnerables, con reducción del crecimiento, fotosíntesis y floración.

D. Análisis de diferencias y tendencias

Demografía: De 1985 a 1990 la población aproximada del mundo pasó de 4.851 millones a 5.292 millones. En el próximo decenio llegará a 6.300 millones. La casi totalidad de este crecimiento se producirá en países en desarrollo. En estos países el crecimiento fue de 2,1% anual ente 1985 y 1990, en los países desarrollados fue de 0,6% anual. La población urbana aumentará del 45% (1990) al 51% (2000). Diez y ocho ciudades del Tercer Mundo tendrán más de 10 millones de habitantes cada una. Aumentará la proporción de mayores de 65 años, por lo que habrá 96 millones de personas de edad avanzada, 70 millones de las cuales en países en desarrollo.

Entre 1970 y 1985 hubo un notable descenso de la proporción de personas que viven por debajo del nivel de pobreza; sin embargo durante igual periodo aumentó considerablemente el número de dichas personas, por el rápido crecimiento de la población. Actualmente se estima en 1.100 millones.

Desarrollo socio económico

El producto mundial bruto subió de un promedio de 3,9% anual durante los tres últimos decenios, si se calcula a los precios y tipos de cambio constante de 1980. En América Latina y el Caribe, sólo el 1,4% (9. pág. 15).

La actividad económica disminuyó en todas las regiones del mundo durante 1990, en que se registró un crecimiento mundial de sólo 1%.

Los países en desarrollo (15 de ellos fuertemente endeudados), redujeron su ahorro interno bruto de 26,6 en 1980 a 24,7% en 1989 y su inversión interna bruta de 25,2 (1980) a 24,7% (1989), en relación con el Producto Interno Bruto.

Recursos de salud (9. pág. 98-120)

- Los países desarrollados han seguido aumentando su gasto sanitario real por habitante. Un estudio reciente*, señala un crecimiento del gasto real del 3% anual en el periodo 1975-1987 en República Federal de Alemania, Canadá, Estados Unidos, Francia, Italia, Japón y Reino Unido, durante el cual la media del crecimiento demográfico sólo fue de 0,5%.
- En aproximadamente la cuarta parte de los países africanos, el gasto sanitario anual por habitante es inferior a US \$ 5. En Bangladesh, Pakistán y la India, el nivel de esos gastos es similar.
- En lo relativo al Gasto Mundial en Salud para 1990 los países desarrollados, con el 15% de la población mundial, gastaron el 87% del total mundial (1.702 miles de millones de dólares) con un gasto por cápita de 1.860 dólares. América Latina gastó 105 dólares y China 11 dólares per cápita (7. pág. 53).
- En muchos países en desarrollo, en particular en África, la situación económica del sector salud se ha caracterizado por una merma de la capacidad gubernamental. Una reducción de la participación del gasto público en la financiación del sector representa una amenaza potencial considerable para el acceso equitativo a la atención de salud, y una señal de alarma sobre el aumento de las diferencias entre el estado de salud de las poblaciones más ricas y más pobres de un país.
- En África, hasta el 90% de la financiación pública del sector salud en un pequeño número de países, y el 20% en varios otros, dependen ahora de fuentes externas.
- En muchos casos la financiación y la prestación de servicios asistenciales por los gobiernos se han reducido en forma sustancial (Camerún, Guinea-Bissau, Senegal), de modo que las comunidades han tenido que encontrar otros medios para atender sus necesidades de salud, recurriendo a curanderos tradicionales, a la auto asistencia o a los servicios del sector privado moderno. Uno de los efectos políticos ha sido la pérdida de autoridad de los gobiernos como órganos de establecimiento de la política nacional en el sector.
- La falta de información adecuada sobre gastos y costos son elementos que se suman al problema general de recursos.
- Se conviene en que es necesario reducir la tendencia al derroche de recursos en la compra innecesaria de tecnología costosa.
- En algunos países la prioridad del ministerio de Salud es reducir la desigualdad, pero el principal problema reside en el método de asignación de recursos.
- Los Estados Unidos de América, señalan que de 30 a 37 millones de ciudadanos carecen de seguro de enfermedad. No sólo está en aumento la disparidad entre países desarrollados y en desarrollo, quizá también se estén ahondando las diferencias entre los diversos grupos dentro de un mismo país.
- En 1984 había en el mundo más de 5 millones de médicos, 8,5 millones de enfermeras y parteras, 447.000 dentistas y más de 3,5 millones de trabajadores de salud de otras categorías. En dicho año, había en las Américas 56 enfermeras y parteras por cada 10.000 habitantes. En Asia sudoriental sólo había 3,3 por 10.000 habitantes.

* Health care systems in transition, the search for efficiency. París, Organización de Cooperación y Desarrollo Económico, 1990.

- Seguirá la tendencia a la carencia de recursos humanos calificados, a la distribución inadecuada de personal, a los desequilibrios entre el número de médicos y el de enfermeras, a las dificultades para lograr sueldos adecuados. Se tardará años en resolver el problema de los planes de estudio. La libertad profesional será objeto de vigilancia creciente.
- En muchos países en desarrollo las políticas de ajuste estructural seguirán imponiendo probablemente un riguroso control estatal en lo que atañe a los gastos en servicios sociales y de salud, muchas veces en detrimento de las poblaciones más pobres.
- Se tiende a utilizar tratamientos cada vez más caros contra enfermedades que afectan a un número cada vez menor de personas.
- El hecho de que en los países en desarrollo no haya mercados atractivos, hace que las grandes compañías multinacionales de productos farmacéuticos y suministros médicos, con notables excepciones, hayan mostrado escaso interés en elaborar los productos de bajo costo que estos países necesitan prioritariamente.

Situación sanitaria

- La esperanza de vida al nacer en todo el mundo será de 68 años en el año 2000. El aumento será dos veces mayor en los países en desarrollo que en los desarrollados, puesto que los primeros empezaron en un nivel más bajo. En ellos la tasa de mortalidad de lactantes, descendería a 60 por 1000 en el año 2000.
- Enfermedades respiratorias. Se espera poder reducirlas con métodos sencillos a desarrollar por la madre o por agentes sanitarios.
- Enfermedades diarreicas. Pocos progresos se podrán hacer mientras los enfermos vuelvan a su medio insalubre y contraigan de nuevo la infección.
- Paludismo. Fortalecer los programas anti-palúdicos, que han decaído, no bastará a causa de la creciente resistencia del parásito a los fármacos y del vector a los insecticidas.
- Malnutrición. Sólo se conseguirá un cambio permanente de la situación si se mejoran las políticas sobre alimentos, y se respalda esas políticas con buenos programas de educación nutricional.
- Tuberculosis pulmonar. Seguirá aumentando a causa del SIDA. Las perspectivas mejoran por las nuevas estrategias de tratamiento de breve duración (6 meses).
- Enfermedad pulmonar obstructiva. La situación empeorará por el consumo incontrolado de tabaco y el aumento de las industrias contaminantes.
- Infección por VIH. El 90 % de los casos estará en los países en desarrollo. En el África subsahariana, la OMS prevé que en el año 2000 habrán nacido unos 10 millones de niños infectados por el VIH, y que habrá 10 millones de niños huérfanos, cuyos padres hayan fallecido por SIDA. Las defunciones por SIDA harán aumentar la tasa de mortalidad infantil en algunos países hasta en un 50%, anulando así las mejoras conseguidas en cuanto a supervivencia de los niños en los últimos decenios. La infección se transmitirá en grado creciente por vía heterosexual (el 75-80% de todos los casos en el año 2000).
- Enfermedades cardiovasculares. Seguirán siendo la causa principal de defunción a medida que envejezca la población.
- Cáncer. La mortalidad relacionada con el tabaco aumentará de los 3 millones actuales, a 10 millones en los años 2020. En la mujer, el cáncer de pulmón superará al de mama.
- Enfermedades mentales. Seguirán aumentando por las tensiones causadas por el abandono de los antiguos modos de vida.
- Accidentes de tránsito. Aumentarán en países en desarrollo porque el número de vehículos de motor crecerá a un ritmo mayor que la red viaria y las medidas de seguridad vial.
- Otros accidentes. Aumentarán también los accidentes del trabajo y los grandes desastres

tecnológicos (industria nuclear, química y del petróleo).

- Salud y medio ambiente. En el próximo decenio serán más frecuentes las inundaciones y las sequías (deforestación, explotación incorrecta de suelos). Las medidas vacilantes para proteger los recursos hídricos para uso humano, no producirán efectos observables hasta más allá del próximo decenio.
- Sistemas de salud y coordinación intersectorial. La coordinación intra e intersectorial en materia de salud seguirá siendo dificultosa. Se ampliará la participación del sector privado y las organizaciones no gubernamentales en forma espectacular en los años 90. Es posible que se produzca un resurgimiento de los proyectos y programas especiales de desarrollo intersectorial, en los que se combinan los esfuerzos de varios sectores hacia un objetivo plurivalente de desarrollo, en beneficio de una zona geográfica o de un grupo determinado.
- Cobertura en salud. Es posible que el mejoramiento de la cobertura se haga más lento porque pueden reducirse los fondos nacionales e internacionales para ampliar la infraestructura; y porque resulta más difícil alcanzar el último 10-20% de la población, en el que, sin embargo, se encuentran generalmente los grupos más necesitados. Seguirá siendo fuerte la tendencia a ampliar los servicios curativos.

E. Evaluación general (Resumen 2ª Evaluación

- Octavo Informe sobre la situación sanitaria mundial. OMS. 9.)

Los adelantos logrados se evaluaron en tres ocasiones: 1) La primera vigilancia en 1983, 2) La primera evaluación en 1985, y 3) La segunda evaluación en 1988.

En esta última se ha tropezado con dos obstáculos: a) Insuficiente información sobre los progresos realizados por los Estados Miembros en la aplicación de sus estrategias nacionales que, cuando fue posible, se completó con información

disponible en la OMS y en otras fuentes internacionales; y b) Dificultades para comparar los resultados de 1990 con los obtenidos previamente en las actividades mundiales de vigilancia y evaluación de 1983, 1985 y 1988.

En general se ha observado un firme compromiso político hacia el logro de las metas de salud para todos y la mayoría de los países han adaptado en el más alto nivel, las políticas y estrategias necesarias. Se dispone de un mayor número de indicadores mundiales que en 1985.

Ha mejorado la situación sanitaria a juzgar por indicadores como la esperanza de vida y la mortalidad de lactantes. Sin embargo, el ritmo de mejoramiento ha sido más lento en los países menos adelantados y entre éstos y los países en desarrollo, las desigualdades son ahora mayores que hace un decenio.

También aumentó la disponibilidad de atención esencial de salud a escala mundial. Pero sigue habiendo millones de personas que no tienen acceso a ninguno, o sólo a alguno, de los elementos de atención.

Cuando aumenta la disponibilidad de algunos elementos de atención, pero no la de otros complementarios, las repercusiones positivas de uno de ellos en la situación sanitaria, pueden verse neutralizadas por la falta de otro.

Del mismo modo, si se amplía la infraestructura pero no se dispone de medios suficientes para utilizarla, no se apreciarán mejoras en la situación sanitaria. En otras palabras: las medidas que se adoptan para desarrollar sistemas de salud basadas en la atención primaria son correctas, pero no en todos los casos se las adopta en forma correcta.

La cobertura de los diferentes elementos de la atención primaria de salud ha resultado desequilibrada y distorsionada en el sentido de que, aún cuando los programas han logrado sus metas, ello no necesariamente ha repercutido significativamente en la situación sanitaria. Además, hay pocos indicios de que los organismos internacionales y bilaterales de financiación hayan reorientado en forma apreciable sus prioridades en materia de ayuda hacia los países de bajos ingresos o menos adelantados.

El compromiso al más alto nivel y la adopción de la Estrategia Mundial, así como el establecimiento de mecanismos para fomentar la participación de la población, representan una base para la ejecución de actividades encaminadas a aplicar la estrategia. Sin embargo, aún no se sabe a ciencia cierta si esto ha conducido a la distribución equitativa de los recursos y a la orientación de los mismos hacia los servicios de salud locales.

II. INTRODUCCIÓN AL CAMBIO DE LA METODOLOGÍA ADMINISTRATIVA

El camino hacia un consenso de salud ha sido hasta ahora largo y dificultoso. Y los resultados prácticos derivados del esfuerzo en recorrerlo parecen magros y decepcionantes. No podemos dejar de valorar el avance que significa haber acordado una estrategia mundial que, como la Atención Primaria de Salud, es apta para el cambio parcial de la actual situación sanitaria.

Tampoco -de acuerdo con lo que comentara hace ya 11 años (10)- podemos seguir creyendo en la posibilidad de alcanzar la meta proyectada de Salud para Todos en el año 2000, si tenemos en cuenta:

- a) Las dificultades observadas en la implementación de la Atención Primaria, así como la falta de continuidad y de nivel útil de cobertura en las acciones comenzadas.
- b) La magnitud actual de las tasas de morbimortalidad y la proyección de sus tendencias en el mediano plazo.
- c) Las diferencias existentes entre los países con economías de mercado consolidadas y el resto del mundo.
- d) Las diferencias internas en todos los países entre personas con alto nivel de ingreso y el resto de las personas.
- e) La ineficacia de los actuales modelos administrativos para orientar prioritariamente el gasto global en función del riesgo, particularmente en el sector público.
- f) La abrumadora situación sanitaria con millones de seres humanos en estado de indefensión frente a la enfermedad y la muerte reducible, evitable o demorable con lo que sabemos y lo que tenemos.

- g) El insoslayable hecho de que sólo faltan 300 semanas para llegar al año 2000.

En verdad: No habrá salud para todos en el año 2000. Y hoy tenemos plena conciencia del contrasentido que significa una metodología administrativa que sólo ofrece medidas tibias, vacilantes y discontinuas, frente a una dramática realidad: En sus años de paz, este siglo ha costado más muertes innecesarias que en todas sus guerras.

La pregunta que nos falta responder es: ¿Cómo hacemos lo que ya sabemos que tenemos que hacer?

Reconocer y asumir la verdad ha sido nuestro principal avance. Pero nuestras soluciones no estuvieron a la altura del problema. ¿Seguiremos con reuniones de altos niveles gerenciales sin presencia de los más expuestos, con definiciones declamatorias sin contenidos operativos, con recursos tabicados en nombre de la sectorización?

Si hasta hoy no alcanzamos los resultados esperados, ¿qué podremos esperar de ahora en más si las proyecciones menos alarmistas no pueden dejar de señalar que la relación oferta-demanda de servicios esenciales seguirá deteriorándose por el previsible incremento de la demanda?

Por un lado, si la actividad económica está disminuyendo en todas las regiones y durante 1990 se registró un crecimiento de sólo 1%, esto influirá necesariamente en los aportes nacionales e internacionales destinados a los servicios esenciales, incluyendo la atención médica.

Por otra parte, la población del mundo crecerá de 5.292 millones en 1990 a 6.300 millones en el próximo decenio. Además, cerca de 820 millones de personas, es decir el 30% de la fuerza de trabajo del mundo, no tenían empleo o estaban subempleados a principio de 1994. Y algunos de los que figuran «con empleo», sólo perciben un sueldo de hambre: el trabajador etíope ganó en 1992, en promedio, 30 centavos de dólar por día (11).

Frente a esto, ninguna propuesta que aporte soluciones lógicas puede ser desechada sin un detenido estudio de factibilidad, aunque su concreción operativa exija medidas que signifiquen cambios profundos, aunque pueda parecer difícil, y aunque afecte a importantes grupos de intereses.

La pregunta que nos falta responder es: ¿Cómo hacemos lo que ya sabemos que tenemos que hacer? El contenido de ese «cómo» puede ser la Atención Primaria en servicios esenciales (y no solamente en atención médica). Pero la parte de la pregunta que aún espera respuesta, es: ¿Cómo cambiamos la metodología administrativa de los recursos globales para que aquel contenido llegue y se concentre en los más expuestos y susceptibles al riesgo de enfermar y morir sin necesidad, teniendo en cuenta los recursos actualmente disponibles?

Aportar y probar ideas. Probar, equivocarse, aprender, corregir y probar. Nuestra obligación no es acertar. Nuestra esperanza no es vivir para asistir a la obtención de resultados positivos. Nuestra tarea, sí, es ponernos en marcha.

El cambio metodológico

Si consideramos lo expresado en relación con la dificultad de incrementar los fondos nacionales o externos administrados por el sector público y destinados a servicios esenciales, particularmente en el marco del subdesarrollo, sólo queda una forma

de disminuir la tasa de riesgos reducibles, evitables o demorables (riesgos RED): introducir profundos cambios en la administración de los actuales recursos.

Creo que ineludiblemente tales modificaciones deben incluir un amplio consenso previo sobre reformulación de:

- ✓ La definición de salud.
- ✓ El sector salud y la sectorización.
- ✓ La metodología administrativa.

En relación con estos tres temas, me permito proponer:

1. Definición operativa de salud

Constará de cuatro componentes: Concepto, Hipótesis de Trabajo, Tesis y Propósito.

Establecerá con claridad un **concepto** de salud, que sea entendido, aceptado y empleado por todos los involucrados en la relación oferta-demanda de servicios esenciales incluyendo los servicios médicos. La **hipótesis de trabajo** complementará el enunciado conceptual, proponiendo como correc-

Concepto	Salud es un estado de equilibrio biológico, alterable por factores ¹ capaces de generar riesgos de enfermar y morir.
Hipótesis de Trabajo	Si las causas de la alteración son técnicamente reducibles, evitables o demorables, el riesgo será inversamente proporcional a: <ol style="list-style-type: none"> 1. El grado de desarrollo económico-social 2. La equidad en la distribución del producto bruto 3. La administración racional de los recursos disponibles 4. La igualdad de oportunidades en el acceso a los servicios esenciales² 5. El nivel educativo y el protagonismo de la comunidad para intervenir activamente en los puntos anteriores.
Tesis	Para probar la hipótesis, es necesaria una metodología administrativa de complejidad acorde con las posibilidades locales, de validez plurisectorial, apta para reducir el riesgo, técnicamente factible, y aceptable por su costo social, económico y político
Propósito	Influir positivamente sobre las causas del riesgo reducido, evitable o demorable de enfermar y morir, en especial el atribuible a ineficiencia en la administración de los recursos, y contribuir así al logro del mayor grado de bienestar físico, mental y social, localmente posible.

¹ Incluye factores antropológicos, culturales, sociales, políticos, económicos, epidemiológicos y ecológicos; dentro de los marcos referenciales internos y externos de una comunidad determinada.

² Se consideran Servicios Esenciales para la Salud: 1) Fuente de trabajo estable y salario suficiente, 2) Educación, 3) Agua para el consumo humano y para el riego, 4) Alimentación, 5) Disposición adecuada de excretas, 6) Vivienda, 7) Vestido, 8) Seguridad social, 9) Justicia, 10) Comunicaciones, 11) Transportes, 12) Energía, 13) Recreación, 14) Todo otro servicio que, complementando el de atención médica, resulte indispensable para reducir, evitar o demorar el riesgo de enfermar y morir.

tores del riesgo mencionado, mecanismos necesariamente multisectoriales. La **tesis** expresará el instrumento operativo para transformar a la definición en una herramienta que oriente los recursos coordinados de todos los sectores, en función de la magnitud, trascendencia y vulnerabilidad de los riesgos. Finalmente, el **propósito** definirá el objeto de la definición operativa que se presenta para ser discutida:

2. El sector salud: Un error conceptual La sectorización: Un error administrativo

Al finalizar el primer cuarto de este siglo, Allen B. Fisher aplicó por primera vez en el campo económico, el concepto de sector (12). Más recientemente, en 1940, fue Colm Clark quien se encargó de divulgarlo (13). Dichos autores dividieron las actividades de la población económicamente activa (PEA), en tres sectores:

Primario: agricultura, ganadería, pesca, caza y explotación de bosques.

Secundario: minería, construcción, industria y producción de energía.

Terciario: comercio, transportes y otros servicios.

El término fue aplicado también para dividir al sector privado del sector público, incluyendo en este último a las unidades de producción en que la titularidad de la propiedad corresponde a la administración estatal, cualquiera sea su filosofía política o al nivel operativo que se considera. No resulta fácil la ubicación de antecedentes que permitan atribuir la responsabilidad y establecer el momento de la desviación del concepto de sector desde el campo económico hacia el área social.

El origen de la palabra «sector» es latino (sector, sectoris: que corta, parte o divide) (14).

Podríamos admitir a los servicios médicos como un sector de los servicios esenciales. Pero no a la salud. Salud es un efecto abarcador y totalizador de la accesibilidad a dichos servicios esenciales. Es la resultante de una multicausalidad. Por lo tanto, sector y salud son conceptos antinómicos. Es erróneo invocarlos complementariamente para expresar una idea.

La gravedad de ese error excede a la de una mera trasgresión semántica. Debe centrarse en sus derivaciones. Y éstas no son privativas de los países en desarrollo. En el «primer mundo», el concepto de

sectorización aplicado a los servicios esenciales en general, y a la salud en particular, ha originado también la división artificial de los recursos. En general, cada sector cuenta con su asignación particular, y el empleo de ella para otro servicio igualmente indispensable, y en un momento dado prioritario, puede constituir una malversación.

Una administración sectorizada termina por creer que ha logrado, asimismo, sectorizar al hombre y a sus necesidades básicas. Esto ha llevado a admitir que el riesgo de enfermar y morir por causas evitables -consecuencia generalmente de carencias de servicios esenciales- se aminora asignando más recursos a la atención médica. Pero se alzan ya voces alarmadas, respecto de la magnitud relativa de los costos en este rubro. Temiendo que se esté llegando al «techo» del gasto posible, reclaman prontas medidas de contención.

Signos de alarma igualmente graves, alertan a quienes analizan perspectivas para los otros servicios esenciales. Las crecientes carencias en todos ellos, generarán enfermedad y muerte. Y ninguna de esas causas se eliminará aumentando el gasto público y atomizando dicho incremento en compartimientos estancos, incomunicados entre sí y con la diversidad propia de una realidad que no puede verse en su totalidad, si se le mira con las anteojeras de un sector. No nos equivoquemos. En estos casos no es un sector el que está en crisis. Es la sectorización.

Ella nos ha llevado al aislamiento artificial de operaciones y recursos, que no son «sectorizables» por ser, necesariamente, interdependientes e indivisibles. Las consecuencias observables, sobre todo en la administración pública, son múltiples. Resulta conveniente destacar algunas de los más comunes:

- a) Incomunicación de los recursos por tabicación presupuestaria y estructural.
- b) Multiplicación de la burocracia, con la consecuente desviación financiera desde lo operativo hacia lo administrativo.
- c) Incremento sostenido de las erogaciones totales del Estado en los países desarrollados.
- d) Avances del Gasto Público Social Consolidado, como porcentaje del Producto Bruto Interno, cuando ello es posible.

- e) No obstante c) y d), y posiblemente por a) y b), puede observarse baja ejecución presupuestaria que impide, aún más, la transformación de los recursos en servicios efectivos.
- f) Impacto reducido de un gasto en constante aumento, sobre un riesgo evitable relativamente estable.

Seguir oponiendo como respuesta válida a este resumido cuadro de situación, una mesa heterogénea e inconexa de recursos, enquistados en sectores que más parecen parcelas de poder que instrumentos de bienestar, sería ignorar una evidencia que está superando a la capacidad expresiva de los números.

En la práctica, el sustento de este tan difundido error administrativo es, sin duda, la asignación de recursos a partir de la apertura presupuestaria por sectores en el área del gasto público.

Pareciera que si el objetivo final de los fondos distribuidos es disminuir el riesgo originado en carencias de servicios esenciales, dicha apertura debería concebirse en función de la magnitud de dicho riesgo y de los lugares donde su incidencia es mayor, y que posteriores subaperturas vayan canalizando los recursos hacia:

- Los grupos humanos más expuestos y susceptibles.
- Las edades y el sexo en que, para una determinada comunidad, la muerte tiene un mayor costo social (16).
- Los riesgos RED más vulnerables a los recursos técnicos y económicos locales.
- Los sectores de mayor responsabilidad por las carencias de servicios esenciales, con más alta incumbencia en la etiología de los riesgos RED prevalentes.
- Las técnicas y procedimientos de menor costo y mayor impacto en las tasas globales de riesgo.

Será necesario discutir y establecer parámetros para la delimitación de las áreas programáticas de riesgo homólogo, y para la relación de las asignaciones con las magnitudes de los riesgos.

Debe llegarse a un consenso para fijar un riesgo-síntesis de todas las carencias del conjunto de servicios esenciales. No es fácil proponer un riesgo tan general que englobe a todos los riesgos que deben ser afrontados por las administraciones de las diferentes instituciones prestadoras de servicios esenciales; que a su vez sea tan obvio que resulte indiscutible como riesgo-resumen, y tan posible de registrar fehacientemente que la evaluación de su tendencia resulte fácilmente comparable y comprensible para todos.

No obstante, y recordando siempre el nivel de macroanálisis en que nos encontramos, se puede plantear la posibilidad de que un riesgo último -el riesgo de morir- reúna las condiciones mencionadas.

Toda carencia de un servicio indispensable, aumenta las probabilidades de una muerte prematura. Esta es una muerte de alto costo social (MAC) ya que la comunidad ve frustrado el aporte potencial de miembros en edades productivas o pre productivas, y se ve obligada a prestar tratamientos de reparación y rehabilitación de la salud mucho más onerosos y menos útiles que los servicios multisectoriales coordinados. Éstos podrían haber actuado preventivamente sobre riesgos vulnerables, antes que la muerte los convirtiera en daños irreversibles.

Se propone, entonces, que **el riesgo de muerte reducible, evitable o demorable, junto con su consecuencia, el daño por muerte de alto costo social, sean empleados como indicadores de validez multisectorial.**

Comentario final

Relacionar la permanencia de altas tasas de riesgo RED, con la actual definición de salud, con el error conceptual que significa hablar del sector salud en particular y con el error administrativo que supone la sectorización en general, puede parecer una crítica exagerada al sistema que hoy decide el destino del gasto público. No obstante, la realidad nos dice que, a pesar de que la población es la síntesis de todos los problemas sociales, este sistema es la atomización analítica de todos los recursos disponibles.

Es generalmente aceptado que todo análisis no seguido de síntesis, es un proceso intelectual inconcluso. Sin embargo, cada sector ha creado -sin

proponérselo- un hombre-artefacto propio. Un hombre sectorizado e irreal. Educación tiene a su hombre-analfabeto, salud a su hombre-enfermo, trabajo a su hombre-desocupado y vivienda a su hombre-sin techo. En los países en desarrollo y en los estratos de ingresos más bajos de los países desarrollados, todos esos artefactos conviven con un solo hombre. Pero los programas que pretenden servirlo, siguen siendo varios. Además de varios, incomunicados. Y es por esto último que siguen siendo varios. Y que no le sirven al hombre.

La integración -humana y racional- de dichos programas sólo será viable si el lenguaje administrativo es también el del hombre con todas sus necesidades integradas, y no sólo el de los técnicos con todos sus conocimientos compartimentalizados.

Las respuestas multisectoriales y multidisciplinarias parecerán poco útiles frente al genocidio nuestro de cada día, si no dejan atrás a las insignificantes medidas de emergencia, y avanzan -decididamente y sin pausa- hacia el consenso profundo, sincero y operativo que exige el cambio. El camino hacia el cambio existe. Transitarlo es necesario, posible e impostergable.

Quisiera que germinara, por fin, la semilla de un mañana distinto, para aquellos niños que sobrevivirán a los que no tuvieron hoy.

Bibliografía

1. Documentos básicos de la Organización Panamericana de la Salud - Décima edición. OPS/OMS. Washington D.C., Documento Oficial N° 112, abril 1972.
2. Plan Decenal de Salud para las Américas. Informe final de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. OPS/OMS. Washington D.C., Documento Oficial N° 118, enero 1973.
3. Crónica de la OMS. Conferencia de Alma-Ata sobre Atención Primaria de Salud. Organización Mundial de Salud. Ginebra-Suiza. Vol. 32, N° 11, noviembre 1978.
4. Atención primaria de salud. Informe conjunto de la dirección general de la OMS y del director ejecutivo de UNICEF. Ginebra-New York, 1978.
5. Sexto informe sobre la situación sanitaria mundial. OMS. Ginebra-Suiza.1980/81.
6. Mahler Halfdan. Mensaje del Día Mundial de la Salud 1983. Crónica de la OMS. Vol. 37, N° 2. OMS. Ginebra Suiza, 1983.
7. Informe sobre el desarrollo mundial 1993 - Invertir en salud. Indicadores del desarrollo mundial - Banco Mundial. Washington D.C. Primera edición, 1993.
8. Reforma social y pobreza - Hacia una agenda integrada de desarrollo. Trabajos del foro sobre Reforma Social y Pobreza. Banco Interamericano de Desarrollo. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Washington, 10 -11 de febrero de 1991.
9. Aplicación de la estrategia mundial de salud para todos en el año 2000 - Segunda Evaluación - Octavo Informe sobre la Situación Sanitaria Mundial. Vol. I. Análisis Mundial - OMS. Ginebra - Suiza. 1993.
10. González Antonio J. No habrá salud para todos en el año 2000. ISBN 950-562-607-X, 1983.
11. Informe publicado por la Organización Internacional del Trabajo (CIT), Washington, 1994 (Publicación parcial en «La Nación» Buenos Aires, marzo 7 de 1994).
12. Fischer, Allen B. The drift of the towns, 1926.
13. Clark, Colm, The conditions of economics progress, 1940.
14. Enciclopedia Salvat, edic.1972, Tomo 11, pág. 2997, España.
15. Familias USA Health care financing review, 1992.
16. González Antonio J. Método para la determinación del costo social de la mortalidad demorable. Tasa de mortalidad calificada, 1985.
17. González Antonio J. Un idioma para gobernar - Metodología para la administración del complejo población - gasto - riesgo, 1991.