

C I E N C I A

ODONTO lógica

Revista arbitrada
de la Facultad de
Odontología
Universidad del Zulia



Vol. 16 . No. 2
Julio-Diciembre 2019

La dimensión estratégica de la salud. Patricio Yépez*

INTRODUCCION

La Dimensión Estratégica de la Salud se refiere a la revisión y análisis del recorrido histórico de la salud pública y su renovación conceptual a lo largo de diferentes periodos, en particular con hechos manifiestos desde el inicio del Siglo XX como son; el control sanitario determinado por los intercambios comerciales y migratorios; la creación de la Oficina Sanitaria Panamericana, de los Ministerios de Salud y de las Escuelas de Salud Pública; la creación de la ONU y de la OMS; el movimiento mundial hacia Alma Ata; la confrontación a la Atención Primaria y a la Salud para Todos (SPT); las reformas del sector salud promovidas por los organismos de Breton Woods; los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en el año 2000; las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP); la Renovación de la Atención Primaria en 2008; la creación de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud; el proceso de integración de UNASUR, la llamada "cobertura universal de salud"; la Agenda de Desarrollo Sostenible 2030 y la "Salud Universal para el Siglo XXI: 40 Años de la Declaración de Alma Ata" los cuales en diferentes periodos han correspondido a determinaciones económicas, políticas y sociales.

Por otra parte, se presentan varias conclusiones sobre la necesidad de establecer una plataforma que permita retomar el horizonte de la salud para todos como un derecho humano y una responsabilidad de los Estados con base en la estrategia de la Atención Primaria, los Determinantes de la Salud y la participación activa de la Universidad.

EL PROCESO HISTORICO DE LA SALUD PÚBLICA ENTRE 1902 Y 2018.

LA CREACION DE LA OFICINA SANITARIA INTERNACIONAL.

La I Convención Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas se celebró en Washington del 2 al 5 de Diciembre de 1902, con la asistencia de diez países: Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, Estados Unidos de Norteamérica, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua y Paraguay, el mismo día de su inauguración, el 2 de diciembre de 1903 quedaba constituida la Oficina Sanitaria Internacional de las Repúblicas de América. Entre sus deberes aprobados se señalan:

- Enviar regularmente los datos relativos al estado sanitario de sus respectivos puertos y territorios.
- Proporcionar a dicha oficina el auxilio posible para que un estudio detenido y científico de las invasiones de cualquier enfermedad contagiosa que pueda ocurrir en los territorios.
- Contribuir a que se obtenga la mayor protección posible de la salud pública de cada una de las repúblicas, a fin de que se eliminen las enfermedades y que se facilite el comercio entre las expresadas Republicas.
- Deberá estimular y ayudar o imponer por todos los medios lícitos a su alcance, el saneamiento de los puertos de mar, incluyendo la introducción de mejoras sanitaria en las bahías, el alcantarillado o sistemas de cloacas,

el desagüe del suelo, el empedrado, la eliminación de la infección de todas las edificaciones, así como la destrucción de los mosquitos y otros insectos dañinos.

La creación de la Oficina Sanitaria Internacional respondió a una decisión política de los países en respuesta a la determinación económica que requería de la salud pública para facilitar el intercambio comercial y migratorio.

Así mismo, las tres primeras décadas del Siglo XX estuvieron marcadas por la expansión del comercio y por lo tanto la relevancia de la salud pública estuvo determinada por dicha expansión, lo cual conllevó a importantes esfuerzos hacia el saneamiento, la higienización y control de enfermedades, especialmente el paludismo, el cólera y la fiebre amarilla que afectaba seriamente los flujos comerciales y migratorios, ejemplos de estos esfuerzos son la construcción de Canal de Panamá, y el saneamiento de los puertos de La Habana y Río de Janeiro .

Por otra parte, en estas primeras décadas tiene lugar la creación de las Escuelas de Salud Pública en USA (John Hopkins, Harvard) y en América Latina, Chile, Brasil, Venezuela, México. También en América Latina comienzan a ser creados los Ministerios de Sanidad y las instituciones públicas de seguridad social.

La siguiente década de los 40, está marcada por la Segunda Guerra Mundial, y al final de la misma hay la decisión política y económica para la creación de las Naciones Unidas y de la Organización Mundial de la Salud (OMS), así como de las instituciones de Bretton Woods (FMI y BM) que tendrán en el futuro una incidencia directa sobre el campo de la salud.

La Conferencia Sanitaria Internacional reunida en New York en Julio de 1946 aprobó la Constitución de la Organización Mundial de la Salud:

“Los Estados partes en esta Constitución declaran, en conformidad con la Carta de las Naciones Unidas, que los siguientes principios son básicos para la felicidad, las

relaciones armoniosas y la seguridad de todos los pueblos:

- La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

- El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los

- derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.

- La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograrla paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados.

- Los resultados alcanzados por cada Estado en el fomento y protección

- De la salud son valiosos para todos.

- La desigualdad de los diversos países en lo relativo al fomento de la salud y el control de las enfermedades, sobre todo las transmisibles, constituye un peligro común.

- El desarrollo saludable del niño es de importancia fundamental; la capacidad de vivir en armonía en un mundo que cambia constantemente es indispensable para este desarrollo.

- La extensión a todos los pueblos de los beneficios de los conocimientos médicos, psicológicos y afines es esencial para alcanzar el más alto grado de salud.

- Una opinión pública bien informada y una cooperación activa por parte del público son de importancia capital para el mejoramiento de la salud del pueblo.

- 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.”

SALUD PARA TODOS Y ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Al final de la década de los 70 se genera un movimiento trascendental por la salud de los pueblos hacia el logro de la salud para todos basado en la estrategia social de la atención primaria, el cual fue un planteamiento de avanzada y revolucionario en salud, que surge como señala María Isabel Rodríguez “en una coyuntura mundial desesperante, en reconocimiento a las grandes desigualdades entre el mundo del desarrollo y el del subdesarrollo y aun hacia el interior de los países, todo lo cual daba origen a una efervescencia política y social. Asimismo se da en el contexto de la búsqueda de un nuevo Orden Económico y Social a nivel internacional”.

En 1978 hubo un salto conceptual en Alma Ata cuando los países aprobaron la estrategia de atención primaria para alcanzar salud para todos en el año 2000, en esa oportunidad, el consenso que allí se alcanzó como señalaba Halfdan Mahler “marco un divorcio con la idea convencional que hace equivaler la atención de salud con la función de la medicina” .

En Alma Ata, de acuerdo a lo expresado por Mahler “ se determinó que salud es mucho más que la medicina: es educación, es la nutrición, es el acceso al agua potable, son los estilos de vida saludables .

La doctrina en la que descansa la Declaración de Alma Ata, fue de gran avanzada y revolucionaria, al declarar que el estado de salud de millones de personas en el mundo era inaceptable, particularmente en los países en desarrollo, Por ellos se propuso conseguir que todos los ciudadanos del mundo alcancen un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente activa.

“La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en

todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autoconfianza y autodeterminación. Forma parte integrante, tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo económico y social global de la comunidad. Es el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando la atención sanitaria lo más cerca posible al lugar donde viven y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso continuado de asistencia sanitaria” .

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud exhorta a la acción urgente y efectiva nacional e internacional a fin de impulsar y poner en práctica la atención primaria de salud en el mundo entero, y particularmente en los países en desarrollo, con un espíritu de cooperación técnica, y de acuerdo con el Nuevo Orden Económico Internacional.

La Conferencia insta a los gobiernos, a la OMS y al UNICEF, y a otras organizaciones internacionales, así como a los organismos multilaterales y bilaterales, a las organizaciones no gubernamentales, a los organismos de financiación, a todo el personal de salud y al conjunto de la comunidad mundial a que apoyen, en el plano nacional e internacional, el compromiso de promover la atención primaria de salud y de dedicarle mayor apoyo técnico y financiero, sobre todo en los países en desarrollo. La Conferencia exhorta a todas las entidades antedichas a que colaboren en el establecimiento, el desarrollo y el mantenimiento de la atención primaria de salud, de conformidad con el espíritu y el contenido de la presente Declaración.

¿QUÉ SUCEDIÓ CON LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA?

Apenas 18 meses después de Alma Ata se presenta un escenario macro político adverso con la llamada revolución conservadora que entre otras cosas produjo: a) debilitamiento de los organismos multilaterales, especialmente en aquellos en los cuales la presencia del G7 era significativa como sucedió con UNESCO;

b) quebrando la resistencia de la OPEP; c) traslado de las acciones del G7 hacia los organismos de Bretton Woods, rompiendo un pacto de convivencia dentro de la familia de organismos de NNUU, en desmedro de los organismos técnicos multilaterales.

En la práctica se unieron funciones de asistencia técnica con financiera (BM, BID, FMI), combinando recetas técnicas con créditos altamente condicionados y el diseño de una nueva arquitectura para promover el llamado libre mercado.

Por otra parte, las propuestas neoliberales para hacer frente al problema del subdesarrollo quedaron sintetizadas en lo que se conoce como el Consenso de Washington.

El Consenso de Washington y el modelo reformista de desarrollo derivado de él, asumen que, una vez que las economías sean estabilizadas, liberalizadas y privatizadas, éstas retomarán la senda del desarrollo; dicho desarrollo vendría dado por la restauración de un crecimiento sostenido, cuyos efectos se irían distribuyendo por toda la economía y por toda la sociedad, mejorando el nivel y la calidad de vida de la población.

EL consenso no tuvo los resultados esperados Al respecto Joseph Stiglitz señala “el efecto de las políticas estipuladas por el Consenso de Washington ha sido favorecer a la minoría a expensas de la mayoría, a los ricos a expensas de los pobres. En muchos casos los valores e intereses comerciales han prevalecido sobre las preocupaciones acerca del medio ambiente, la democracia, los derechos humanos y la justicia social”.

Asimismo, desde 1993 América Latina y el Caribe inspirados en el poderoso y controvertido informe “invertir en salud” del Banco Mundial, suscito una explosión de reformas del sector de la salud. La esperanza de mayor equidad fue puesta en las reformas del sector salud y sutilmente fue extinguiendo el interés por la APS.

En los años 80 y 90' la banca multilateral eclipsa

a la OMS, los préstamos del BM alcanzaban en 1999 16,800 millones. de esta forma se impuso un lenguaje y una práctica en el sector salud que se resume en: reducción del gasto social, recuperación de costos, eliminación de subsidios, descentralización, privatización de servicios y mercados regulados.

Las políticas se inspiraron en el modelo de política sanitaria del BM invertir en salud, una política sanitaria acorde con el momento económico y político. Se promovió un modelo de salud que profundizo las inequidades, fortaleciendo la coexistencia de sistemas en función del ingreso y capacidad contributiva de la gente. Los usuarios de los servicios quedaron a merced del proveedor con muy poco control estatal. En la mayor parte de los países se definieron “paquetes básicos de salud” como el instrumento para atender las necesidades de los más pobres, distorsionando el enfoque con la llamada atención primaria selectiva... La participación de la población antes y durante la reforma fue la gran ausente.

OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

La ONU convocó en Septiembre 2000 a una Conferencia Internacional sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio, los mismos que de acuerdo al Secretario General de la ONU representan las necesidades humanas y los derechos básicos que todos los individuos el planeta deberían poder disfrutar: ausencia de hambre y pobreza extrema; educación de buena calidad; empleo productivo y decente; buena salud y vivienda; el derecho de las mujeres a dar a luz sin correr peligro de muerte; y un mundo en que la sostenibilidad del medio ambiente sea una prioridad y en el que tanto las mujeres como los hombres vivan en igualdad. Los líderes mundiales también han prometido forjar una alianza de alcance mundial en pos del desarrollo, para así lograr esos objetivos universales.

Al mismo tiempo el Secretario General señala “en este informe se muestra cuantos avances se han logrado. Pero quizás lo más importante sea que se muestra que los objetivos son alcanzables cuando las estrategias,

Ciencia Odontológica

Vol. 16 N° 2 (Julio-Diciembre 2019), pp. 44-45

políticas y programas de desarrollo son de interés nacional y tienen el apoyo internacional de agencias de desarrollo. Al mismo tiempo, resulta claro que las mejoras en las vidas de los más pobres han sido inaceptablemente lentas, y que algunas de las ganancias que tanto han costado obtener, están siendo erosionadas por las crisis medioambiental, económica y alimenticia”

FUNCIONES ESENCIALES DE LA SALUD PÚBLICA (FESP)

Con motivo del Centenario de la Organización Panamericana de la Salud en 2002, se presentó el libro “La Salud Pública en Las Américas”, como respuesta a la Resolución CD 42/15 XLII Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud sobre Funciones Esenciales de la Salud Pública.

La mencionada publicación contiene:

- La Iniciativa “Salud Pública en Las Américas” y su razón de ser.
- Renovación conceptual de la salud pública
- Medición del desempeño de las funciones esenciales de la salud pública
- De la medición a la acción

RENOVACION DE LA ATENCION PRIMARIA

La Organización Mundial de la Salud ha venido promoviendo la APS, desde antes de 1978, fecha en la que se adoptó como estrategia central para alcanzar el objetivo de “Salud Para Todos”. Desde entonces, el mundo y la APS han cambiado drásticamente. El propósito de la renovación de la APS fue revitalizar la capacidad de todos los países de organizar una estrategia coordinada, efectiva y sostenible que permita resolver los problemas de salud existentes, afrontar los nuevos desafíos en salud y mejorar la equidad. El objetivo último de un esfuerzo de esta naturaleza es lograr mejoras sostenibles en salud para toda la población.

Entre las razones que justifican la renovación de la APS se encuentran: los nuevos desafíos epidemiológicos que la APS debe asumir; la necesidad de corregir las debilidades e incoherencias presentes en algunos de los distintos enfoques de la APS; el desarrollo de nuevos conocimientos e instrumentos sobre buenas prácticas que pueden incorporarse para incrementar la efectividad de la APS y el reconocimiento creciente como estrategia para fortalecer la capacidad de la sociedad para reducir las desigualdades en materia de salud; y, por último, el creciente consenso respecto a que la APS es un enfoque sólido para abordar las causas de la falta de salud y de las desigualdades.

Por lo tanto, se considera que una estrategia renovada de APS es una condición esencial para lograr objetivos de desarrollo a nivel internacional, como los contenidos en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas (los Objetivos de Desarrollo del Milenio u ODM), así como para abordar las causas fundamentales de la salud –tal como ha definido la Comisión de la OMS sobre los Determinantes Sociales de la Salud– y para codificar la salud como un derecho humano, como han articulado algunas constituciones nacionales, grupos de la sociedad civil y otros. Para renovar la APS será necesario apoyarse en el legado de Alma Ata, aprovechar al máximo las lecciones aprendidas y las experiencias acumuladas durante más de un cuarto de siglo, además de reinterpretar y modernizar el enfoque y la práctica de la APS para estar en disposición de afrontar los desafíos del siglo XXI.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

En el espíritu de la justicia social la Organización Mundial de la Salud puso en marcha en 2005 la Comisión sobre determinantes sociales de la salud, con el fin de recabar datos científicos sobre posibles medidas e intervenciones a favor de la equidad sanitaria y promover un movimiento internacional para alcanzar este objetivo.

Las recomendaciones generales de la Comisión se refieren a:

- Mejorar las condiciones de vida, es decir, las circunstancias en que la población nace, crece, trabaja y envejece.

- Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, esto es los factores estructurales de los que dependen las condiciones de vida, a nivel mundial, nacional y local.

- Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones, ampliar la base de conocimientos, dotarse de personal capacitado en materia de determinantes sociales de la salud y sensibilizar a la opinión pública a este respecto.

En Octubre 2011 se realizó en Rio de Janeiro, Brasil la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud, la cual concluyó con una declaración política de respaldo a esta importante iniciativa.

LA SALUD EN EL PROCESO DE INTEGRACION DE LOS PAISES

Es necesario incluir información sobre distintos procesos de cooperación entre países en el ámbito de la salud, inscritos en el marco de voluntad y decisión política en diferentes espacios de nuestra región.

CONSEJO DE MINISTROS DE SALUD DE CENTROAMÉRICA (COMISCA)

Al respecto, en 1991 se dio inicio a un proceso que reforzó las iniciativas de cooperación y colaboración mutua entre los diferentes sectores de los Estados Centroamericanos: La creación del Sistema de la Integración Centroamericana (SICA), este se constituye como el Marco Institucional de la Integración Regional de los Estados del Istmo Centroamericano, que, mediante la suscripción del Protocolo a la carta de la Organización de Estados Centroamericanos (ODECA) o también conocido como Protocolo de Tegucigalpa, dio paso a la reforma de la carta de la ODECA, suscrita el 12 de Diciembre en Panamá de 1962 y que dio como

resultado funcionamiento formalmente de en SICA el 1º de Febrero de 1992.

El Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica, COMISCA, tiene su génesis y razón de ser enmarcada jurídica e institucionalmente por la Declaración de San Salvador, el Protocolo de Tegucigalpa y el Tratado de la Integración Social de Centroamérica, TISCA, adoptados por los Presidentes de Centroamérica en la X Cumbre realizada del 15 al 17 de julio de 1991 en El Salvador, XI Cumbre ocurrida los días 12 y 13 de diciembre de 1991 en Honduras y la XVI Cumbre efectuada el 30 de marzo de 1995 en San Salvador, El Salvador, respectivamente.

Es en el contexto del Tratado de la Integración Social de Centroamérica (TISCA) en donde el COMISCA surge e inicia su labor como órgano rector garante de la Salud regional. Bajo este Consejo se han desarrollado diferentes Foros y Reuniones para la creación de estrategias que permitan que dar respuesta a las necesidades relativas a la Salud de la Población Centroamericana. Después de más de dos décadas de trabajo, el COMISCA ha desempeñado un papel destacado en toda la región, hecho que le ha permitido erigirse como uno de los principales Consejos que está posibilitando la integración de los pueblos centroamericanos.

El COMISCA cuenta con una Secretaría Ejecutiva con sede en la Ciudad de San Salvador, El Salvador; la cual fue creada en Septiembre de 2007; gracias a la firma de Acta de cooperación entre la Secretaría General de la Integración Centroamericana (SG-SICA) y la Secretaría Ejecutiva del COMISCA (SE-COMISCA).

ORGANISMO ANDINO DE SALUD

Por otra parte, la Comunidad Andina (CAN) es un mecanismo de integración subregional creado mediante el Acuerdo de Cartagena del 26 de mayo 1969, con el propósito de mejorar el nivel de vida y desarrollo equilibrado de los habitantes de los Países Miembros mediante la integración y la cooperación económica y social.

El Convenio de salud nació por iniciativa del gobierno

Ciencia Odontológica

Vol. 16 N° 2 (Julio-Diciembre 2019), pp. 46-47

del Perú. Recibió el nombre de Hipólito Unanue médico naturalista y político peruano.² Fue creado el 18 de diciembre de 1971 por los Ministerios de Salud de Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela,³ con el propósito de hacer de la salud un espacio para la integración, desarrollar acciones coordinadas para enfrentar problemas comunes y contribuir con los gobiernos a garantizar el Derecho a la Salud.⁴

A partir de 1998, el Convenio Hipólito Unánue fue adscrito al Sistema Andino de Integración. Está dirigido por la Reunión de Ministros de Salud del Área Andina (REMSAA), y cuenta con una Secretaría Ejecutiva con sede permanente en la ciudad de Lima.

En el año 2001 los Ministros de Salud incorporan a su nombre el de Organismo Andino de Salud (ORAS), quedando sus siglas como ORAS CONHU.⁵

Ministros de Salud de los Países Miembros del ORAS-CONHU: Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela. Teniendo como países observadores a Argentina, Brasil, Cuba, España, Guyana, Panamá, Paraguay, Uruguay y República Dominicana.⁴ La Secretaría Ejecutiva es la máxima autoridad del organismo. Es elegida por la Reunión de Ministras y Ministros de Salud del Área Andina (REMSAA).

INSTITUTO SURAMERICANO DE GOBIERNO EN SALUD (ISAGS)

El 23 de mayo del año 2008, doce Jefes de Estado y de Gobierno suscribieron el Tratado Constitutivo de la Unión Suramericana de Naciones con el objetivo de “construir, de manera participativa y consensuada, un espacio de integración y unión en lo cultural, social, económico y político entre sus pueblos, otorgando prioridad al diálogo político, a las políticas sociales, la educación, la energía, la infraestructura, el financiamiento y el medio ambiente, entre otros, con miras a eliminar la desigualdad socioeconómica, lograr la inclusión social y la participación ciudadana, fortalecer la democracia y reducir las asimetrías en el marco del fortalecimiento de la soberanía e independencia de los Estados.”

“La integración regional sudamericana constituye una alternativa de crecimiento y de concreción de los proyectos nacionales de desarrollo con énfasis en la eliminación de la exclusión social, la reducción de la pobreza y la disminución de la vulnerabilidad externa, haciendo posible una presencia más sólida y competitiva de nuestra región en el mundo.”

Los Jefes y Jefas de Estado, reunidos en la ciudad de Salvador de Bahía el 16 de diciembre 2008, decidieron la creación del Consejo de Salud Suramericano con el propósito constituir un espacio de integración en materia de salud, incorporando los esfuerzos y logros de otros mecanismos de integración regional, promoviendo políticas comunes y actividades coordinadas entre los países de la UNASUR.

El 24 noviembre del 2009 los Ministros y Ministras de Salud de los países miembros resolvieron formular un Plan quinquenal 2010 - 2015 del Consejo de Salud Suramericano, dicho plan aprobado en Cuenca en 2010, incluye la creación del Instituto Suramericano de Gobierno en Salud con sede en Rio de Janeiro (ISAGS). Cabe destacar que el 25 de Julio de 2011 fue inaugurado el mencionado Instituto Al respecto del ISAGS señala Temporoa, “todos tenemos la visión y la comprensión de que la salud es política, que está socialmente determinada y que la construcción del sistema de salud con el cual soñamos debe tener como base una discusión profunda y central sobre la determinación social de la salud. Sobre cómo el poder y la riqueza se distribuyen en la sociedad, sobre la problemática de las desigualdades, sobre la necesidad de radicalización de la democracia y de actuar sobre las raíces de los procesos de producción del adolecer y morir: los determinantes sociales de la salud”.

COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD

▪ En noviembre de 2012 se realizó en Beijín, China un evento sobre Sistemas de Salud, financiado por la Fundación Rockefeller (FR). El tema central COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD, una de

las ponencias centrales fue la experiencia de China en aseguramiento privado presentado por el Banco Mundial.

- En diciembre de 2012 se realizó en Bellagio, Italia (Centro de la Fundación Rockefeller) una reunión de expertos del sector privado, sobre “el futuro del mercado de la salud”. Sus conclusiones señalan la importancia de las propuestas de “aseguramiento” y “cobertura universal” para el mercado.

- En enero de 2013 en el Foro Económico Mundial (reunión de empresarios y políticos en Davos, Suiza) se discutió el tema de Sistemas de Salud. Una de sus conclusiones fue promover la Cobertura Universal de Salud.

- El 24 de septiembre de 2013 en la Asamblea de las Naciones Unidas la OMS se unió a la Fundación Rockefeller para presentar un Reporte sobre la cobertura universal de salud.

- En febrero de 2014 la OPS/OMS ha convocado a un grupo de expertos en salud global con apoyo de la iniciativa Equidad Global de Harvard (HGEL, según sus siglas en inglés) para discutir estrategias de apoyo a la región de las Américas en el logro de la cobertura universal de salud.

- El asesoramiento del grupo “ayudará a la OPS/OMS a desarrollar una estrategia regional que se presentará a los ministros de salud de todo el hemisferio en septiembre de 2014, cuando se reúnan en la OPS/OMS en Washington para participar de su Consejo Directivo. De ser aprobada, la estrategia guiará los esfuerzos de cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud y de los países para avanzar hacia la cobertura universal”

Sobre la Cobertura Universal de Salud comenta Cristina Laurell que existe un consenso amplio sobre la necesidad de realizar reformas en los sistemas de salud pero existen dos grandes corrientes de pensamiento respecto al contenido estas reformas. Una propone que la reforma introduzca la competencia y el mercado en este sector igual que en el resto de la economía. La

otra plantea el establecimiento de un sistema o servicio único y público de salud, es decir se inspira en el Estado Social donde los servicios de salud son públicos para garantizar el acceso igual, oportuno y gratuito a los servicios requeridos a toda la población ante la misma necesidad. Este planteamiento de acuerdo a Laurell propone la desmercantilización del ámbito de salud y reivindica el papel distributivo del Estado bajo la forma de prestación de servicios sociales.

AGENDA DE DESARROLLO SOSTENIBLE 2030 DE NACIONES UNIDAS

En septiembre de 2015, más de 150 jefes de Estado y de Gobierno se reunieron en la histórica Cumbre del Desarrollo Sostenible en la que aprobaron la Agenda 2030. Esta Agenda contiene 17 objetivos de aplicación universal que, desde el 1 de enero de 2016, rigen los esfuerzos de los países para lograr un mundo sostenible en el año 2030.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) son herederos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y buscan ampliar los éxitos alcanzados con ellos, así como lograr aquellas metas que no fueron conseguidas.

Estos nuevos objetivos presentan la singularidad de instar a todos los países, ya sean ricos, pobres o de ingresos medianos, a adoptar medidas para promover la prosperidad al tiempo que protegen el planeta. Reconocen que las iniciativas para acabar con la pobreza deben ir de la mano de estrategias que favorezcan el crecimiento económico y aborden una serie de necesidades sociales, entre las que cabe señalar la educación, la salud, la protección social y las oportunidades de empleo, a la vez que luchan contra el cambio climático y promueven la protección del medio ambiente.

A pesar de que los ODS no son jurídicamente obligatorios, se espera que los gobiernos los adopten como propios y establezcan marcos nacionales para su logro. Los países tienen la responsabilidad primordial del seguimiento y examen de los progresos conseguidos

Ciencia Odontológica

Vol. 16 N° 2 (Julio-Diciembre 2019), pp. 48-49

en el cumplimiento de los objetivos, para lo cual es necesario recopilar datos fiables, accesibles y oportunos. Las actividades regionales de seguimiento y examen se basarán en análisis llevados a cabo a nivel nacional y contribuirán al seguimiento y examen a nivel mundial.

40 AÑOS DE LA DECLARACION DE ALMA ATA SOBRE ATENCION PRIMARIA

En el 2018, al cumplirse 40 años de Alma Ata, se busca rescatar la vigencia de la Estrategia de Atención Primaria, en este marco la OPS convocó a una comisión de alto nivel sobre “Salud Universal en el Siglo XXI: 40 Años de Alma Ata” presidida por la doctora Michelle Bachelet, Ex Presidenta de Chile y Alta Comisionada de las Naciones Unidas sobre Derechos Humanos cuyo informe fue presentado el 9 de abril de 2019 en Ciudad de México, oportunidad en la cual señaló:

“La salud es uno de los derechos de los que debemos aspirar para todos, sin exclusión de ningún tipo. Sin embargo, es uno de los ámbitos donde hay mayor vulneración, como bien sabemos en Las Américas, ya sea por la desigualdad, por el desarrollo deficitario de los sistemas de prevención y protección, la falta de cobertura territorial o la discriminación y, por lo tanto, tenemos materias urgentes de norte a sur.”

Por otra parte, enfatizo:

“y es en la vigencia de la Declaración de Alma Ata de 1978, es lo que demuestra su carácter visionario. Sus principios están de pie, pero más que nunca su vigencia debe quedar reflejada en la posibilidad de llevar la práctica esos principios.”

CONCLUSIONES

En primer lugar, es necesario reflexionar sobre la necesidad de inscribir la salud en una dimensión integral de desarrollo social, económico y ambiental para garantizar su valoración como un derecho humano y un bien público. Al respecto disponemos de un importante referente, la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, aprobada por las Naciones Unidas en 2015, como la

respuesta generalizada para combatir la gravedad de la situación mundial, en la que se hacen evidentes los efectos del cambio climático, los problemas de la economía mundial y los crecientes problemas sociales como el hambre, la pobreza, la desigualdad, y las amenazas a la paz.

Los conocimientos, la ciencia, la tecnología y la innovación que se concentran en buena parte en las instituciones de educación superior son fundamentales en el avance hacia el desarrollo sostenible en general y para la salud pública en particular. Esto sugiere que las universidades deben ser un actor clave que, transformándose a sí misma, interactuando con los restantes actores sociales e influyendo en las políticas públicas, aporten a combatir las desigualdades, a mejorar el medio ambiente y a avanzar en la tarea de superar el subdesarrollo. El desafío que tienen las universidades empieza por analizar el contenido de la agenda 2030 y los ODS, para, así, generar respuestas adecuadas y coherentes que los vinculen al desarrollo sostenible.

Las universidades están llamadas a definir un nuevo modelo de participación e influencia en las políticas públicas, por lo tanto son actores relevantes en los procesos de producción, difusión y uso del conocimiento, y ello es la clave para los propósitos de la Agenda 2030.

El camino más viable para el encuentro entre universidad y sociedad es la vinculación directa entre las universidades y los espacios territoriales en los que se desenvuelven. La dimensión local es muy relevante para las estrategias de desarrollo sostenible y tiene alta significación para los procesos de construcción del conocimiento.

Salud para todos, es una meta y un derecho humano, lo necesario es la voluntad y decisión política, la participación activa de las comunidades, el espacio local como núcleo de las estrategias, la acción inter e intersectorial, la descentralización de decisiones y recursos junto con respuestas científicas y técnicas apropiadas a las necesidades y prioridades de salud. Al respecto es importante revisar la publicación

“Salud para Todos Una Meta Posible” que presenta importantes experiencias sobre la aplicación genuina de la estrategia de Atención Primaria y nos refiere espacios alternativos para avanzar en una respuesta apropiada a las necesidades y prioridades sociales y sanitarias de nuestras poblaciones en sus localidades y territorios.

Por lo anteriormente señalado, la dimensión estratégica de la salud significa tener un horizonte permanente, “salud para todos”; una plataforma conceptual basada

en la estrategia de atención primaria y los determinantes sociales; y generar acciones coordinadas a través de ejes prioritarios como son: la promoción de salud; la vigilancia e inteligencia sanitaria; la ciencia, tecnología e innovación; y, el desarrollo de los recursos humanos.

*Dr. Asesor de UDUAL Ex. Funcionario de OPS/
OMS y del Organismo Andino de Salud.
Correo electrónico: yepezpat@hotmail.com

Referencias

1. OPS/OMS. Conmemorando 100 Años de Salud. Representación de la OPS/OMS en Cuba. La Habana 2002.
2. OPS. La Salud Pública en Las Américas. Washington DC. 2002.
3. Ibidem
4. OMS. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. 1946. N. York.
5. Rodríguez M.I. Atención Primaria en Salud, la OMS, la Universidad y las instituciones formadoras de personal de salud. Salud para Todos una Meta Posible. 27 al 29 de septiembre de 2007. San Salvador, El Salvador.
6. OMS / UNICEF. Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma Ata, URSS. 6 – 12 de septiembre de 1978. Ginebra 1978.
7. Mahler H. Reportaje Pagina 12. 19 de mayo de 2007. Buenos Aires.
8. Ibidem
9. Rodríguez M.I. Rodríguez M.I. Atención Primaria en Salud, la OMS, la Universidad y las instituciones formadoras de personal de salud. Salud para Todos una Meta Posible. 27 al 29 de septiembre de 2007. San Salvador, El Salvador.
10. Yepez P, González R. Atención Primaria de Salud. Hacia una Unidad de Doctrina. Cuadernos de la OPS/Panamá. 1994. Panamá.
12. Rovere M. ¿es estratégica la estrategia de atención primaria? Salud para Todos una Meta Posible. 27 al 29 de septiembre de 2007. San Salvador, El Salvador.
13. Ibidem
14. Williamson J. Latin American Adjustment. Washington. 1990
15. Stigli J. El malestar en la globalización. 2002. Madrid
16. Banco Mundial, Informe sobre el desarrollo mundial 1993: invertir en salud: indicadores del desarrollo mundial World development report 1993. Washington, Estados Unidos. 1993.
17. Rodríguez Carlos, Garzón Guillermo. La Atención Primaria en Salud en un modelo de prestación de servicios de salud orientado al mercado. Salud para Todos una Meta Posible 27 al 29 de septiembre de 2007. San Salvador, El Salvador.
18. Ban Ki Moon. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2010. Naciones Unidas. New York. 2010
19. Ibidem
21. OPS. La Salud Pública en Las Américas. Washington DC. 2002.
22. OPS. Resolución CD42.R14. septiembre 2000. Washington DC.
23. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Resumen analítico del informe final. Subsanan las desigualdades en una generación. Ginebra 2008.
24. Ibidem

Ciencia Odontológica

Vol. 16 N° 2 (Julio-Diciembre 2019), pp. 50-51

25. Organización Mundial de la Salud Declaración política de Rio sobre determinantes sociales de la salud. Rio de Janeiro (Brasil), 21 de octubre de 2011.
26. Tratado Constitutivo de la Unión de Naciones Suramericanas.
27. “El Perú y la Unión de Naciones Suramericanas”, portal página web, Ministerio de Relaciones Exteriores del Perú.
28. ISAGS. Instituto Suramericano de Gobierno en Salud. Rio de Janeiro. Julio 2011.
29. JG Temporao. Sistemas de Salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad. Instituto Suramericano de Gobierno en Salud. ISAGS. Rio de Janeiro, Brasil. 2012
30. Asa Cristina Laurell. Sistemas Universales de Salud: Retos y Desafíos. Conferencia en el ISAGS. Rio de Janeiro. 2013.
31. Bachelet Michelle. Lanzamiento del informe de la Comisión de Alto Nivel Salud Universal en el Siglo XXI, 40 Años de Alma Ata. Presidencia de la Republica de los Estados Unidos Mexicanos. Ciudad de México. Abril 2019
32. Núñez Jorge. Ponencia presentada en la VII Asamblea Extraordinaria de UDUAL. Ciudad de México. Abril 2018.
33. VII Asamblea Extraordinaria de la UDUAL. Panel II: Educación Superior, Ciencia, Tecnología y la Agenda 2030. Núñez Jorge, Prieto Marcel, Calderón Jaime, Yépez Patricio. Ciudad de México. Abril 2018
34. *Ibíd*em
35. Françoise Barten, Rovere Mario, Espinosa Eduardo. Pueblos movilizados y gobiernos comprometidos en un nuevo contexto global. Taller internacional “contextualizando y revitalizando la atención primaria de salud; lecciones aprendida e implicaciones de un abordaje de los determinantes sociales de la salud” San Salvador, 27 al 29 de septiembre de 2007.