

# editorial

Los trabajadores técnicos representan una parte significativa de la fuerza de trabajo de los sistemas de salud, y su cualificación constituye una dimensión fundamental de las políticas públicas que tienen por objetivo atender las necesidades de salud de sus poblaciones.

Para sistematizar y socializar conocimientos que permitan subsidiar la elaboración de políticas de cooperación internacional, propiciando la discusión y que ayuden a compartir las experiencias y demandas relativas a la formación de trabajadores técnicos en salud, fue creada la Red Internacional de Educación de Técnicos en Salud (RETS).

La idea de la RETS surgió en 1996, a partir de dos reuniones promovidas por el Programa de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Durante sus primeros cinco años de funcionamiento, englobaba tan sólo países de la región de las Américas, y la Escuela de Salud Pública de Costa Rica era su secretaría ejecutiva. Reactivada por iniciativa de la OPS en 2005, la secretaría ejecutiva de la Red fue transferida a la Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio (EPSJV), unidad técnico-científica de la Fundación Oswaldo Cruz, en Brasil, y Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la Educación de Técnicos en Salud. En esa nueva fase, la RETS asumió el desafío de ampliar su área geográfica de actividad incorporando a todos los países que identificaran necesidades de cooperación.

El lanzamiento de esta publicación, identificada colectivamente como una de las principales estrategias de articulación de la Red, busca potenciar la producción y la divulgación de información y conocimientos, al abordar cuestiones importantes para los desafíos de un tipo de formación que reconoce la complejidad del trabajo del técnico en salud y que está volcada a la calidad

de la atención a la salud de las poblaciones.

En esta edición, publicada en portugués, español e inglés, destacamos la discusión de los determinantes sociales de la salud, que han sido objeto de un estudio reciente de la OMS. Además de eso, hablamos sobre las diferentes concepciones de la cooperación técnica, narramos la experiencia de la Revista Médica de Mozambique y presentamos un resumen del informe sobre la Atención Primaria de la Salud. En la sección de entrevistas, Khaled Bessaoud habla sobre los desafíos de la formación de los trabajadores en África. Además de eso, presentamos noticias sobre instituciones que hacen parte de la RETS.

¡Les deseamos una buena lectura!

**Secretaria Executiva da RETS**

expediente

**Año I - nº 01 - nov/dic 2008 y ene 2009**

La Revista RETS es una publicación trimestral editada por la Secretaría Ejecutiva de la Red Internacional de Educación de Técnicos en Salud.

**Editora**

Cátia Guimarães - MTB22657/RJ

**Redactores**

Juliana Chagas  
Juan Epsteyn

**Pasante de periodismo**

Carolina Massote

**Diseñador**

Zé Luiz Fonseca

**Diagramador**

Marcelo Paixão

**Pasante de diseño**

Pedro Henrique Quadros

**Tirada**

2 mil ejemplares

**SECRETARÍA EJECUTIVA DE LA RETS**

Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio

**Director**

André Malhão

**Coordinadora de Cooperación Internacional**

Anamaria D'Andrea Corbo

**Equipo de la Coordinación de Cooperación Internacional**

Anakeila Stauffer  
Christiane Rocha  
Teresa Cavalcanti

**Dirección**

Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio, sala 303  
Av. Brasil, 4365 - Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ - 21040-360  
Telephone: 55(21)3865-9730 - E-mail: rets@epsjv.fiocruz.br

**Apoyo**

TC41 - Ministério da Saúde do Brasil e Opas/Brasil



Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde



## ‘Una de nuestras mayores recomendaciones es que los países desarrollen un plan nacional de recursos humanos en salud’



**E**l médico sanitarista y epidemiólogo Khaled Bessaoud es asesor de recursos humanos en salud de la Oficina Regional Africana de la Organización Mundial de la Salud (Afro/OMS), que congrega a 46 países de la región y tiene su sede en Brazzaville, Congo. En esta entrevista, Bessaoud realiza una evaluación de la situación de la formación de los trabajadores de la salud en los países africanos, de la organización de los departamentos de recursos humanos dentro de los ministerios de salud, de las estrategias para mantener a los profesionales en sus países y del enfoque en la atención primaria y en el trabajo con las comunidades. Además de eso, Bessaoud habla sobre el Observatorio de Recursos Humanos de África y sobre la importancia de los técnicos en el combate a las inequidades de la salud.

Considerando la situación de pobreza extrema y crisis en los sistemas de salud en muchos países de África, ¿Cómo usted cree que debería asumirse la reforma de las diferentes áreas de enseñanza de los trabajadores en salud?

La cuestión de los recursos humanos es un gran desafío para todos los países africanos. Hace casi diez años, en 1999, los 46 países de Afro adoptaron lo que llamamos la Estrategia Regional para el Desarrollo de los Recursos Humanos de la Salud, en la cual reservamos un gran espacio para abordar el tema de la educación. Una de las estrategias en ese sentido consiste en capacitar a miembros de algunas comunidades para trabajar en la salud de los lugares en los que viven. Ellos son llamados para participar de los programas de salud del gobierno. Al aceptar, inician su capacitación, mediante la cual aprenden a realizar la promoción y prevención de algunas enfermedades. Con la ayuda de esos trabajadores de la comunidad, ha sido posible reducir los indicadores de muchas patologías. Además de eso, la población comenzó a confiar más en los programas de salud de sus países.

¿En qué medida las acciones vinculadas a la promoción, fortalecimiento y desarrollo de la fuerza de trabajo en salud son asumidas como políticas de Estado por parte de los miembros de Afro?

Una de nuestras mayores recomendaciones es solicitar que los países desarrollen un plan nacional de recursos humanos. Eso porque la mayoría de los países africanos no posee una estrategia para el desarrollo de su fuerza de trabajo. Y es realmente necesario trazar objetivos concretos: un plan para que esto se haga pensando en el largo plazo, incluyendo todos los desafíos que necesitan ser enfrentados. Y esa guía de trabajo debe ser actualizada constantemente. Sólo así será posible desarrollar una estrategia regional en el área de recursos humanos, saber cuáles son los trabajadores que serán necesarios para determinado programa de salud, cómo

será el plan de carreras. Porque uno de los principales desafíos de África es la migración de la fuerza de trabajo. Y nosotros necesitamos atraer y motivar a los trabajadores de la salud para que permanezcan en sus países; darles buenas condiciones de trabajo para permitir que puedan motivarse. En la actualidad, pocos países, como Zambia, Uganda y Mozambique, poseen un plan estratégico para diez o 15 años. Aquéllos que aún no han trazado su estrategia de trabajo realizan pequeños programas. Uno de los principales problemas con relación a la posibilidad de que pueda pensarse en ese trabajo más estructurado es la gran rotación de ministros de salud. Porque el cambio constante en el ministerio desestabiliza el sector. Y, para que los recursos humanos puedan ser organizados de manera eficaz, es necesario que haya, a nivel ministerial, un departamento que se ocupe únicamente de eso. Esto es muy importante para que las carreras puedan ser reguladas. Otro punto de extrema importancia, que también es una recomendación de Afro, es que esos departamentos de recursos humanos se articulen con los departamentos de educación. Sólo así podremos formar bien a nuestros profesionales.

La conferencia de Ouagadougou de 2008 alentó a los Estados Miembros a implementar estrategias para el área de recursos humanos en salud. ¿Qué nuevas políticas para la formación de trabajadores – específicamente los técnicos – han sido adoptados por los países miembros de Afro?

La Conferencia de Ouagadougou, realizada en mayo de 2008, fue un encuentro regional del cual participaron los 46 países miembros de Afro. Esos países decidieron colocar la estrategia de Atención Primaria como una prioridad. Ahora, el próximo paso es discutir de qué manera se pueden implementar todas las resoluciones acordadas. Se solicitó que los países organizaran debates nacionales a fin de decidir cómo van a enfrentar ese nuevo paradigma. La cuestión de los recursos humanos aparece en la Declaración de Ouagadougou, elabo-

# Recomendaciones es solicitar que los nacionales de recursos humanos'

rada al final de la reunión. Pero, con relación a los técnicos específicamente, no se discutió nada. Generalmente, en los documentos, siempre hay muchas recomendaciones para médicos y enfermeros. Lo que es un error, ciertamente. Como los técnicos no poseen asociaciones profesionales fuertes, como los médicos y los enfermeros, muchos países no los tienen en cuenta a la hora de elaborar políticas de salud. Pienso que es por eso que no consiguen alcanzar los objetivos de las estrategias. Es necesario incluir a los técnicos en ese trabajo. Ese es uno de los grandes desafíos de la estrategia de recursos humanos. Tenemos muchos socios listos para ayudar.

Con relación a la formación de los técnicos en salud, tenemos problemas. Hay escuelas técnicas, por ejemplo, que se encuentran dentro de universidades, y tienen diez tipos de cursos técnicos pero, cuando se les pregunta sobre sus planes de estudio, responden que no poseen programas de curso. Esa es la realidad. Entonces, los técnicos que tenemos no poseen formación de buen nivel. La recomendación de Afro es que los países establezcan mecanismos de evaluación de los programas de estudio de esas escuelas.

**Afro está desarrollando un Observatorio Africano de la Salud, cuyo objetivo será monitorear y evaluar los progresos en ese campo. ¿Qué lugar ocupará el tema de los recursos humanos en esa iniciativa?**

En 2005, nosotros organizamos una gran reunión con grandes instituciones pensando en el desarrollo de los recursos humanos. Sabiendo que la información es escasa, una de las recomendaciones fue establecer, en los países, observatorios nacionales de recursos humanos. Y, coordinado por Afro, un observatorio regional de recursos humanos, que ya hemos conseguido implementar. En él, es posible encontrar mucha información sobre los países, como, por ejemplo, el número total de médicos, enfermeros y técnicos. Ofrecemos la posibilidad de poder tener acceso a buena información. Muchos países ya han comenzado el proceso – Etiopía, Ghana y Tanzania. Existe un gran compromiso de

los ministerios de salud en hacer eso. Tenemos muchos sectores que están contribuyendo con información. Y la idea es que cada uno de los 46 países tenga su propio observatorio.

**¿Qué tipo de relación Afro considera que existe entre el aumento en la cantidad y la mejora de la formación de los trabajadores de la salud y las mejoras en las condiciones de salud de un país?**

Esa cuestión está en debate. El problema del número de trabajadores existe en todos los niveles. Faltan especialistas, enfermeras, técnicos. Chad, por ejemplo, sólo tiene tres pediatras y un anestesiista para todo el país. Lo que ocurre generalmente es que los generalistas realizan el trabajo de los especialistas. Las enfermeras también. Entonces, el trabajo de las enfermeras pasa a los técnicos y el de estos últimos se transfiere a los trabajadores comunitarios. Es un ciclo. Y una cuestión que debe ser resuelta. Todavía estamos discutiendo cómo hacerlo.

**¿Cuáles son los planes, programas y medidas adoptadas por Afro para manejar el problema de la migración de profesionales?**

Hay realmente una gran evasión. Eso ocurre con todos los profesionales, no sólo con los médicos. En algunos países, todas las enfermeras también se van. Eso es muy difícil. Nosotros estamos convencidos de que la resolución de ese problema depende de un largo proceso de trabajo. Es necesario motivar a los profesionales de la salud, tener un plan de carrera para ellos, un buen salario, asistencia social. Hoy, es difícil mantenerlos en las ciudades. Incluso en las capitales. Ellos quieren ir a otros países. Pero la 'fuga de cerebros' no es un hecho únicamente relacionado con el sector salud. Tiene que ver con política también. Es muy difícil mantener profesionales en países políticamente desestabilizados, que están en conflicto, en guerra. Entonces, los países del norte continúan absorbiendo la mano de obra de África, de América del Sur y de Asia. Tenemos, sin embargo, algunas experiencias exitosas en el sentido de garantizar la permanencia de esos

profesionales. Algunos países tienen experiencia en retener a los profesionales. Al norte de Mali, por ejemplo, la situación era de escasez de médicos. El gobierno, entonces, al ofrecer mejores salarios para esos trabajadores, logró evitar la emigración. En Kenia también tuvieron éxito utilizando la misma estrategia. Afro está observando y documentando esas experiencias de éxito.

**¿Cómo usted evalúa la Cooperación Técnica relativa a la formación de trabajadores de la salud entre países de África y entre países de América Latina y África?**

Existen ejemplos recientes en ese sentido. Acabamos de aprobar proyectos de cooperación entre los Países Africanos de Lengua Portuguesa (Palop) la comunidad europea y el gobierno brasileño. Son muy buenas experiencias. La evaluación de las facultades de medicina de Angola, por ejemplo, va a ser organizada mediante la ayuda de una universidad de Brasil. Afro, sin embargo, recomienda que los países africanos mantengan el liderazgo en cualquier cooperación. Es necesario tener buenas estrategias, un plan de trabajo para que sepan cómo los otros países podrán ayudarlos. Si ellos no tienen una estrategia nacional, no sabrán organizar la cooperación. Muchos países pierden cooperaciones por falta de 'brújula', pues no saben adónde ir.

**¿De qué manera está siendo incorporado el tema de los determinantes sociales de la salud en las estrategias y planes de Afro relativos al área de recursos humanos en salud y, más específicamente, de los Técnicos en Salud?**

Cuando decidimos desarrollar la atención primaria en salud, estábamos pensando en los determinantes sociales de salud: en el saneamiento básico, en el agua, etc. Pero no sólo en el sector sanitario. Tenemos que obtener la ayuda de otras áreas para el desarrollo del transporte, de la agronomía. La salud no puede desarrollarse sola. Y la Declaración de Ouagadougou enfatiza ese punto de vista. 🗺

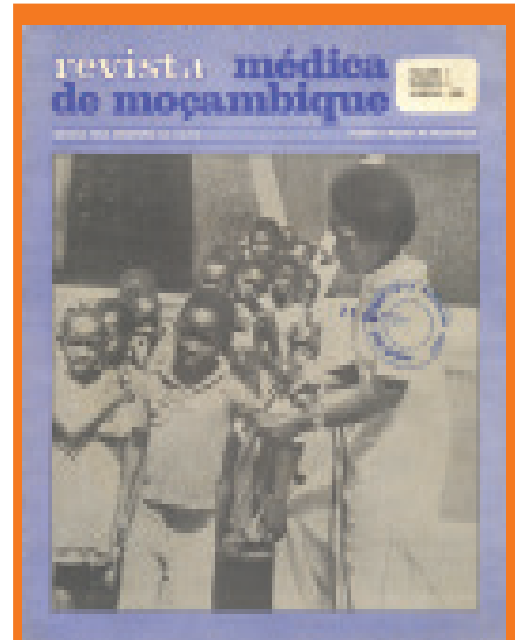
# La fundación de la Revista

La creación de una publicación científica nunca es una tarea sencilla; exige planificación, organización, coordinación, y, fundamentalmente, recursos de diversas naturalezas, no sólo económicos. Todo esto es aún más difícil de obtener en un escenario de guerra civil, en uno de los países más pobres del mundo. La Revista Médica de Mozambique, fundada en 1982, constituye un buen ejemplo de que es posible crear y divulgar conocimiento en un contexto totalmente desfavorable a la práctica y la divulgación científica.

Cuando el Profesor brasileño Luis Rey llegó a Mozambique en 1980 para hacerse cargo de la organización del Instituto Nacional de Salud de Maputo, en una misión de la Organización Mundial de la Salud, se encontró con un país arrasado, desorganizado y sin recursos para el área de salud. La guerrilla contrarrevolucionaria de la Resistencia Nacional de Mozambique (Renamo), financiada y apoyada por Sudáfrica, Inglaterra y los Estados Unidos, había intensificado su ataque al desgaste del gobierno socialista del Frente de Liberación de Mozambique (Frelimo). La economía de guerra y los ataques constantes de la Renamo forzaban al gobierno a emplear la mayor parte de los recursos del Estado en el mantenimiento y fortalecimiento de la maquinaria militar. La situación sanitaria del país era catastrófica, pues también sufría las consecuencias del conflicto armado y la crisis humanitaria. Por si fuera poco, la independencia había provocado el éxodo masivo de técnicos y profesionales de todas las áreas hacia Portugal y Sudáfrica. De los escasos 290 médicos registrados en 1972 en el país, por ejemplo, sólo quedaban 60 cinco años más tarde.

Desde su independencia de Portugal, en 1975, Mozambique fue escenario de uno de los conflictos armados internos más sangrientos de la segunda mitad del siglo XX. Durante los 16 años que duró, la guerra – aliada a la sequía, el hambre y las enfermedades infecciosas (como cólera, tuberculosis y malaria) –, produjo más de 1 millón de muertos. Según el Informe Mundial de Refugiados de 1993, el conflicto también provocó cerca de dos millones de expatriados – que huyeron hacia los países vecinos –, además de casi tres millones quinientos mil desplazados internos. La economía fue devastada. Entre 1982 y 1986, más del 40% de los centros hospitalarios fueron destruidos, además de miles de escuelas y otras instalaciones públicas. Según la Unicef, entre 1980 y 1988, la falta de comida, agua potable y atención sanitaria contribuyó con la muerte de 490.000 niños que vivían en las zonas afectadas por la guerra. Durante ese período, millares de jóvenes debieron abandonar las escuelas para pasar a formar parte del ejército popular. Médicos “importados”, provenientes del bloque socialista (mayormente cubanos y rusos) acudieron solidariamente para ocupar el vacío dejado por los colonialistas portugueses. Exiliados comprometidos con la lucha por la liberación del Tercer Mundo, como el Dr. Rey, además de simpatizantes del gobierno revolucionario, también llegaron desde muchos rincones del planeta con la misión de contribuir con la construcción de la República Popular de Mozambique. “Mi motivación era contribuir para el progreso del socialismo, elevar el nivel de la salud de los países, que es una condición básica, dondequiera que yo fuera”, rememora el profesor itinerante, que permaneció exiliado casi 20 años debido a la dictadura militar que gobernaba su país. “Cuando una persona tiene una ideología, tiene una motivación” afirma el médico que por 12 años fue militante del Partido Comunista, defendiendo que la difusión del conocimiento, que articula salud y educación, era su “ametralladora”...

Pero la solidaridad internacional no era suficiente para una nación nueva, pobre y convulsionada como Mozambique. En aquel momento, de acuerdo con Luis Rey, se tornaba indispensable la formación de nuevos cuadros



## Trecho de la Editorial de la Revista Médica de Mozambique

... En realidad escribir el primer número de una revista científica no es tarea fácil. Incluso cuando se tiene el hábito y la conveniencia, lo que no ocurre en nuestro caso. Somos conscientes de las insuficiencias de organización, en la forma, en la presentación que ensombrecen el valor de los trabajos que se presentan aquí. Desde ya, en primer lugar, ofrecemos nuestras disculpas a los autores.

De ellos y de los lectores esperamos las críticas y las sugerencias.

Hagamos de la Revista Médica de Mozambique un instrumento más para dominar la ciencia y la técnica. Que ella constituya también, en el sector de la salud, un arma más en el combate al subdesarrollo.

técnicos. Aún así, la formación de profesionales locales se presentaba como una tarea mucho más compleja que en otros países descolonizados del Tercer Mundo: para tener una idea, en 1975, año de la independencia, más del 93% de la población mozambiqueña era analfabeta. Eso, sin embargo, no era sólo consecuencia de la falta de recursos. Durante el período colonial, los portugueses habían reservado la educación secundaria y terciaria para los blancos. La misma política había sido aplicada para los cargos directivos y técnicos de todas las áreas de la administración pública, así como de las industrias y grandes cultivos. Eran

# Revista Médica de Mozambique

pocos los mozambiqueños negros que tenían acceso a la escuela primaria, a excepción de aquellos pocos que lograban viajar y educarse en el exterior. “Durante el dominio portugués, para entrar en Maputo”, recuerda el Dr. Rey, “un negro necesitaba un salvoconducto”. Después de la independencia, junto con la mayoría de los trabajadores y técnicos capacitados, una buena parte de los profesores universitarios – todos blancos, nativos o extranjeros –, abandonaron sus puestos en las universidades y escuelas de enseñanza media y superior. La cátedra de Parasitología de la Universidad de Medicina de Maputo había quedado sin titular. A su llegada a Maputo, el Dr. Rey asumió el cargo, decidido a continuar con las actividades que más lo entusiasman, que son enseñar y formar profesionales de la salud. “Uno de los principales problemas de África es formar gente; el problema de formación de cuadros es fundamental. Cuando llegué faltaba gente en el área de la salud. Fue así que encontré Mozambique”, recuerda hoy, a sus 90 años, el profesor. Y fue así, también, que él recurrió una vez más a lo que él llama su “ametralladora del conocimiento”, ideó y creó un instrumento para apoyar la formación de esos trabajadores: la Revista Médica de Mozambique.

## Una Revista para divulgar la ciencia

Cuando el Dr. Rey llegó a Mozambique no tardó en darse cuenta de que era necesario crear un vehículo de comunicación para el área de las enfermedades tropicales. Aprovechando toda la experiencia adquirida con la Revista del Instituto de Medicina Tropical de San Pablo y con la Revista Latinoamericana de Microbiología de México, el profesor brasileño inició la tarea de planificar una publicación adaptada a la realidad local. “La investigación exige difusión. Por eso, creí que para difundir conocimientos y estimular la investigación era indispensable fundar una revista”, explica, y rememora las dificultades enormes enfrentadas. “Allí, la formación de los profesionales del área de salud y la redacción científica, estaban partiendo de cero”, recuerda Rey, quien no sólo participaba activamente como editor, sino que también ayudaba directamente a los autores a escribir y estructurar en forma adecuada los artículos científicos. Para ello, distribuyó entre los eventuales autores su libro ‘Como redactar trabajos científicos’, elaborado diez años antes con el objetivo de asistir a aquellas personas interesadas en escribir en la Revista del Instituto de Medicina Tropical de San Pablo, en Brasil. La Revista Médica de Mozambique fue fundada, entonces, con la finalidad de dar una respuesta a las necesidades de aquellos profesionales locales que poseían trabajos elaborados pero carecían de las posibilidades de divulgación apropiada. Para el grupo de cuadros profesionales del Instituto de Salud de Maputo que participó activamente de la elaboración de la revista, la finalidad de la publicación, era, principalmente, contribuir con el conocimiento y la divulgación de la realidad sanitaria del país. No pretendían exponer las especialidades hospitalarias, como suelen hacer la mayoría de las publicaciones del área, sino fundamentalmente difundir los problemas específicos de salud de la comunidad.

### Sepa quien es Luis Rey

Siempre comprometido con causas humanitarias, exiliado en la década de 1970, durante la dictadura militar, el parasitólogo trabajó en África durante muchos años, al servicio de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Pasó cerca de tres años en Mozambique, en donde ayudó a crear la Revista Médica de Mozambique, que existe hasta hoy, y dictó, en el medio de una guerra civil, clases de parasitología en la Universidad de Maputo, que quedó vacía por el éxodo de profesores blancos después de la independencia del país. En Túnez, la OMS le encomendó combatir la epidemia de esquitomatosis y cumplió la tarea.

### Publicaciones médicas en África

En la actualidad, las publicaciones científicas locales enfrentan enormes dificultades en muchos países africanos. La situación financiera es complicada y los costos son altos. Existe, además, poco interés de las universidades en mantener una revista propia. Otro de los impedimentos es que la mayoría de los editores africanos no posee dedicación exclusiva para encargarse de su revista, y generalmente lo hace sin recibir remuneración. Por si fuera poco, muchos investigadores nacionales prefieren publicar en revistas de renombre internacional, lo que inhibe el intercambio y difusión del conocimiento generado en África. Los medios de comunicación, por otro lado, son precarios, hecho que dificulta el intercambio entre los investigadores, y entre estos últimos y los editores. La divulgación, a nivel nacional y regional, tampoco resulta fácil en ese contexto. A pesar de las dificultades mencionadas, la Revista Médica de Mozambique continúa activa. De hecho, es la única revista médica del país y una de las únicas publicaciones de ese tipo que existe en los cinco países africanos de habla portuguesa.

Con una periodicidad cuatrimestral, la revista comenzó a publicar trabajos científicos sobre asuntos de salud directamente vinculados a los problemas de salud pública de la población mozambiqueña, como la epidemiología de las enfermedades tropicales, su distribución geográfica, etc. “Se trataba, fundamentalmente, de una revista hecha por y para los mozambiqueños. Porque una revista científica tiene que respetar incluso las características culturales del pueblo al que se destina, destaca Rey. 📌

# Los Determinantes Sociales de la Salud y las condiciones socioeconómicas

Las diferencias de vivienda, empleo, escuela, salario y transporte influyen en la salud de un individuo. Es eso lo que explica que la expectativa de vida de algunos sea de 80 años mientras que la de otros es de menos de 45, dependiendo del país en el cual se haya nacido. Pero tan importante como el lugar en donde vive es su posición social. Esto porque incluso si la persona vive en un lugar que, en general, ofrece buenas condiciones sanitarias, si pertenece al estrato social más pobre, tendrá una peor salud. Esos factores que alteran las condiciones sanitarias son llamados determinantes sociales de salud (DSS) y han vuelto al centro de las preocupaciones mundiales en agosto de este año, cuando la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), creada en 2005 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), lanzó un informe sobre este tema.

El documento, intitulado ‘Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud’ analiza las condiciones de salud de diversos países y propone acciones para acabar con las inequidades. “El resultado es que, al ofrecer esos datos, la OMS no está sólo institucionalizando ese asunto, sino que también está estimulando iniciativas que permitan enfrentar los DSS, y se propone, además, continuar su trabajo de seguimiento de las actividades de esta área en todo el mundo”, evalúa Paulo Buss, miembro de la CDSS brasileña, representante de Brasil en el comité ejecutivo de la OMS y presidente de la Fundación Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Uno de los puntos destacados en el documento es la formación de profesionales de la salud, que es el tema de uno de los capítulos. Para Alcira Castillo, coordinadora de la Red Interamericana de Formación en Determinantes Sociales (Redet), entidad que busca la inserción de este tema en los contenidos de los cursos de salud, la importancia dada a la formación representa una excelente oportunidad para que las universidades y centros formadores repiensen sus planes de estudio. “Hasta hace poco, el tema de la desigualdad social y de las inequidades en salud sólo eran denunciados por grupos específicos. Pienso que las sugerencias de un organismo tan importante como la OMS van a estimular la adecuación de los cursos a las nuevas propuestas”, dice Castillo.

## Tres recomendaciones para mejorar la salud mundial

¿Qué es lo que resolvería los problemas causados por los DSS? Un nuevo enfoque sobre el desarrollo, afirma la Comisión sobre Determinantes Sociales en Salud: “Es incuestionable que el desarrollo económico es importante, principalmente para los países más pobres, pues ofrece la oportunidad de obtener recursos para invertir en la mejora de vida de la población. Pero el crecimiento, por sí solo, sin políticas sociales adecuadas que aseguren que los beneficios se repartan de manera equitativa, contribuye poco para la equidad sanitaria”.

Por eso, la CDSS hace tres recomendaciones generales para modificar la situación de la salud mundial: “mejorar las condiciones de vida; luchar contra la distribución desigual del poder, del dinero y de los recursos; y medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones”. Para alcanzar esos objetivos, el documento sugiere que sean desarrolladas acciones integradas: “Las políticas y los programas deben englobar a todos los sectores clave de la sociedad. Sin embargo, el ministro de salud y su ministerio son esenciales para que se efectúe un cambio mundial. Pueden centrar sus estrategias en los determinantes sociales, demostrar su eficacia y prestar apoyo a otros ministerios en la formulación de políticas para promover la equidad sanitaria”, señala la Comisión.

## Las condiciones socioeconómicas

El empleo y las condiciones de trabajo afectan directamente la salud de un individuo. Según el informe de la CDSS, el índice de mortalidad es mayor en los trabajadores temporales, cuya salud física y mental está más comprometida que aquéllos que poseen empleo fijo. En la India, por ejemplo, el 86% de las mujeres y el 83% de los hombres se encuentran en el mercado informal. Las personas que están sometidas a estrés en el ambiente de trabajo tienen un 50% más de riesgo de tener un problema cardíaco. Además de eso, el exceso de horas de trabajo y un gran esfuerzo para alcanzar metas son factores que contribuyen con el surgimiento de enfermedades físicas y mentales. Contra ese determinante, la Comisión propone que gobiernos y empleadores contribuyan con la disminución de la pobreza, generen empleos y promuevan buenas condiciones de trabajo.

Al igual que la falta de empleo, los salarios también contribuyen con la mala condición de salud de una persona. El 40% de la población mundial que vive con apenas US\$ 2 o menos por día no tiene acceso a los mismos servicios de salud que los más ricos – que son una minoría. Según el documento,

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) estableció, en 2000, ocho objetivos a ser alcanzados para cambiar el mundo en este milenio: acabar con el hambre y la miseria; ofrecer educación básica de calidad para todos; tener igualdad entre sexos y valorización de la mujer; reducir la mortalidad infantil; mejorar la salud de las gestantes; combatir el SIDA, la malaria y otras enfermedades; tener calidad de vida y respeto al medio ambiente; y trabajar en conjunto para el desarrollo.

# Factores sociales de Salud afectan sanitarias mundiales

pertenecer a una clase social baja significa educación de baja calidad, desempleo o empleo precario, malas condiciones de trabajo, viviendas en lugares peligrosos. Todo eso tiene consecuencias directas sobre la salud.

La asistencia social es otro determinante importante de las condiciones sanitarias y ha sido mencionado en el informe. Los lugares con un sistema de protección social universal poseen una población más saludable, incluyendo una menor mortalidad entre los ancianos y entre los grupos sociales menos favorecidos. Eso ocurre porque una gran parte del presupuesto estatal se invierte en esa área, a diferencia de lo que pasa en otros países, en donde se les cobra a los pobres. “Extender la protección social a todos, dentro de los países y a nivel global, será un gran paso para asegurar la equidad de la salud. Ello incluye ofrecer protección social para aquéllos que tienen trabajo precario o informal”, afirma la CDSS.

La pobreza es otro factor que debe ser tenido en cuenta. En 2007, por primera vez, se constató que la mayoría de la población mundial vive en áreas urbanas – 3.000 millones de personas. De ese total, 1.000 millones vive en zonas precarias, como favelas, en donde no existe saneamiento básico. La urbanización también ha provocado otros problemas, como cambios climáticos, muertes por accidentes o violencia. Desde los años 90, los conflictos armados ya han acabado con la vida de 3,6 millones de personas. Todo eso tiene influencia sobre las condiciones de salud de la población. Teniendo en vista ese contexto internacional, la Comisión de Determinantes Sociales afirma que es necesario promover salud de una misma manera en las áreas rurales y urbanas, además de políticas para acabar con la pobreza en el campo, a fin de que los ciudadanos no tengan que migrar. En las ciudades, es necesario mejorar las condiciones de salud, seguridad, transporte, alimentación y medioambiente. En resumen: es necesario universalizar los beneficios sociales.

## Salud para todos

El sistema de salud es, por sí solo, un determinante sanitario. El acceso a él es fundamental para una buena condición de vida, junto con otros factores – o DSS –, como educación, trabajo y salario. Sólo la cobertura universal y su buena gestión podrán contribuir con el logro de los **Objetivos de Desarrollo del Milenio**, afirma el documento de la OMS. “Acceso universal significa que todos los habitantes de un país pueden disfrutar de la misma oferta de servicios (buena calidad),



en función de sus necesidades y preferencias”, explica el informe.

Una salud para todos también requiere un financiamiento con fondos públicos y no con pagos directos por servicios de salud, que es una característica de los sistemas no universales. Según el informe de la CDSS, en los países con baja o media cobertura, las políticas imponen que el usuario tenga que pagar directamente por el servicio obtenido. Esa práctica hace que, cada año, más de 100 millones de personas sean condenadas a la pobreza en función de los grandes gastos que tienen que realizar para garantizar su salud y la de su familia. Algunos datos muestran, además, que el desarrollo socioeconómico de los países ricos se vio favorecido por la infraestructura financiada por los fondos públicos y por la progresiva creación de servicios públicos universales, ya que el mercado es incapaz de ofrecer bienes y servicios esenciales de modo equitativo.

Más allá del sector público, la OMS llama la atención sobre el hecho de que los organismos multilaterales, la sociedad civil, el sector privado y las instituciones de investigación también tienen que colaborar con la disminución de las desigualdades sanitarias mundiales. La sociedad civil puede, por ejemplo, participar de la elaboración y de la evaluación de políticas relacionadas con los DSS, a fin de analizar la calidad, la equidad y el impacto de los servicios de salud. El sector privado, por su parte, tiene que reconocer y respetar las normas internacionales de empleo, salud y seguridad en el trabajo.

El informe, en realidad, retoma una antigua demanda de la OMS, que ha venido siendo realizada desde 1978, año en que las naciones se reunieron en Alma Ata para pensar en una manera de resolver los problemas de salud del mundo. Fue en ese momento que se concluyó que era necesario construir en los países sistemas de salud universales, concentrados en la Atención Primaria – sin olvidarse de otros niveles de asistencia – y que tuvieran en cuenta las condiciones sociales, políticas y económicas de la población. Durante los años siguientes, sin embargo, ese modelo no fue colocado en práctica en una buena parte del mundo. En función de

la presión del mercado y de la existencia de un ideario económico de disminución del papel del Estado, la salud se convirtió en mercancía. “El objetivo de alcanzar una salud universal, sin embargo, no murió. La Atención Primaria continúa siendo central para que la asistencia se concentre en la promoción y la prevención de la salud y no sólo en el tratamiento de enfermedades. Es así que vamos a conseguir la integralidad, la equidad y el bienestar de todos”, afirma el documento.

La Comisión de Determinantes Sociales cita, como ejemplos de países que mejoraron sus condiciones sanitarias al preocuparse por el primer nivel de asistencia y aumentar la cobertura, a Costa Rica, que logró reducir la mortalidad infantil de 60 (en 1970) a 19 por cada 1.000 recién nacidos (en 1985) – cinco años después de la reforma de la salud, el país logró reducir al 13% la muerte de niños –; a la República del Congo, China, India, Sri Lanka, Cuba y Brasil. “Ya que las cuestiones de las determinaciones sociales se expresan localmente, es necesario organizar un sistema de salud que realice la atención a los individuos a partir de esta perspectiva. Eso es lo que hace, por ejemplo, la Estrategia brasileña Salud de la Familia, que desarrolla la promoción y prevención a partir de un enfoque concentrado en las familias. Los profesionales de salud visitan las casas de los ciudadanos, hacen un relevamiento de las condiciones socio ambientales. Eso es lo que hace la diferencia en los servicios”, evalúa Paulo Buss.

### Formación profesional

Junto a la ampliación del acceso a la salud y la mejora de las demás condiciones socioeconómicas, el informe incluye la discusión de la formación de profesionales que sepan lidiar con los determinantes sociales – los sistemas de salud emplean, en la actualidad, a 59 millones de personas. En el capítulo denominado ‘Conocimiento, monitoreo y habilidades: la espina dorsal de la acción’, la CDSS recomienda que las instituciones de enseñanza incluyan a los determinantes sociales como un tema obligatorio en los programas de estudio de los profesionales de la salud.

“Los médicos y profesionales de la salud, como los enfermeros y auxiliares necesitan entender que las iniquidades de salud son un problema importante de salud pública. Deben reconocer las desigualdades sociales como un factor de influencia en la distribución de la asistencia a la población y darse cuenta en qué medida la estructura y el financiamiento de los servicios afectan la salud de los ciudadanos. Así, entenderán su importancia y conseguirán comunicarse mejor con sus pacientes”, señala la CDSS.

Deberían formar parte de los programas de estudio, además, las materias que estudian las diferencias de género como determinantes sociales y dan una mayor importancia a la prevención y la promoción de la salud. Las capacitaciones interdisciplinarias y la investigación también tienen un papel importante en ese tipo de formación. Además de eso, la Comisión alerta sobre la necesidad de crear nuevos materiales didácticos, incluyendo los virtuales, con download gratuito.

Para Alcira Castillo, no hay duda de que esto debe ser una práctica de la formación: “Las bases epistemológicas, ideológicas y metodológicas de la formación implican saberes y prácticas que deben partir de un conocimiento académico sobre las causas de las enfermedades y superarlo, pasando de materias técnicas a acciones políticas en salud dirigidas a cambiar la realidad producida por las iniquidades”, explica la representante de la Redet, una red iniciada en 2000 con el objetivo de fortalecer la enseñanza de los DSS en la formación de nivel superior de universidades de Chile, Cuba, Costa Rica, República Dominicana, Brasil, Nicaragua, Perú, El Salvador, Guatemala y Honduras. “La Red ofrece material didáctico para nueve módulos de formación en DSS”, dice, y adelanta que ya existen planes para extender eso a otros cursos técnicos. “Será necesario hacer talleres con los grupos académicos de los cursos de nivel medio para reformular los planes de cursos a partir de la perspectiva de los determinantes”, concluye.

En Mozambique, según Moisés Mazivila, director del Centro Regional de Desarrollo Sanitario de Maputo – integrante de la Red Internacional de Educación de Técnicos en



## Historia de los Determinantes Sociales de la Salud

El concepto de determinantes sociales de la salud (DSS) no es nuevo. Las primeras teorías que abordaban los problemas sanitarios mediante un enfoque social y extrabiológico se remontan a la segunda mitad del siglo 19, período que coincide con el apogeo de la industrialización y la urbanización de las grandes ciudades europeas. Pero los DSS sólo se instauraron en el debate internacional a inicios de la década de 1970, con el auge de los movimientos antiimperialistas. En ese momento, ganó fuerza, en gran medida, en función de la divulgación de una serie de estudios que destacaban las limitaciones de los programas verticales de salud, apoyados en la realización de campañas para la erradicación de enfermedades específicas. No tenían en cuenta el ambiente social y económico en el cual las enfermedades se propagaban, concentrándose únicamente en la visión individual y biológica. Por eso, algunos estudiosos comenzaron a defender la idea de que era necesario transformar las políticas públicas de tal modo que éstas contemplaran las cuestiones más amplias que condicionan la vida de los diferentes grupos sociales. Se trataba de una búsqueda, antes que nada, para acabar con las causas estructurales que promueven la inequidad sanitaria, con un compromiso por alcanzar la justicia social.

Salud (RETS) -, el tema de los determinantes sociales se aborda en todos los cursos de salud del país. “Los DSS constituyen la espina dorsal para la comprensión global de los problemas de salud y su relación con el ambiente. Por ello, nuestras instituciones de enseñanza incluyen ese asunto de manera transversal en sus programas de estudio de nivel medio y superior”, explica. Los determinantes sociales se abordan también en los cursos de educación continua ‘Epidemiología aplicada a la solución de problemas de salud’, ‘Planificación y Gestión’ y ‘Educación para la Salud’, cuyos módulos introductorios poseen un abordaje multisectorial: “Esos cursos, que tienen una duración promedio de tres meses, se ofrecen una vez por año para los profesionales de los servicios. Ya en el módulo introductorio, hablamos sobre el papel de la agricultura, de las políticas sociales y de la economía con relación a la salud de la población”, señala Moisés.

Según Paulo Buss, esa mirada hacia los DSS hará una diferencia con relación al trabajo en salud: “Cuando el profesional converse con su paciente, sabrá identificar cuál es la situación socio sanitaria que prevalece en cada caso y, si tiene un conocimiento previo sobre lo que son los determinantes, realizará prescripciones y dará orientaciones diferentes a las de aquellos que no están preparados para este asunto”, afirma. Además de eso, según él, ese conocimiento permitirá que los trabajadores de la salud ayuden en la formulación de políticas para combatir los determinantes sociales. “Van a ser creados programas que dejarán de ver al individuo únicamente como un ser biológico para analizar la influencia del medio en el que vive”, concluye.

## Conociendo los datos

Una de las formas para combatir los determinantes sociales que perjudican la salud es conocerlos. Por eso, la CDSS defiende que se creen sistemas de datos básicos – como registros civiles y programas de observación de las desigualdades sanitarias – y mecanismos que aseguren la interpretación de esa información. “Muchos países no tienen ni siquiera sistemas para el registro de nacimientos y óbitos. La falta de datos básicos dificulta la elaboración de políticas para combatir las inequidades sanitarias. Es necesario conocer los datos para pensar cómo mejorarlos”, afirma la Comisión. Es a partir de los datos registrados y consolidados en el informe que la CDSS promueve el objetivo de que el cambio en los determinantes sociales sanitarios se realice en el “intervalo de una generación”. Según el documento, las condiciones de salud cambian substancialmente en un período corto de tiempo. Hace 40 años, la mortalidad infantil en Grecia y en Portugal, por ejemplo, era de 50 por cada 1.000 recién nacidos. Hoy, está próxima a las bajas tasas de Japón y Suecia, o sea, casi cero. En el caso de Egipto, durante el mismo período, el país redujo de 235 a 35. Por otro lado, entre 1970 y 2000, la expectativa de vida cayó cuatro años en Rusia.

Los datos también muestran que los países que tienen políticas universales concentradas en la igualdad de acceso a los servicios, en el pleno empleo y en bajos niveles

de exclusión social, poseen excelentes condiciones sanitarias. Y eso ocurre tanto en los países desarrollados – como los países nórdicos – como en Costa Rica, China, India, Sri Lanka y Cuba, que poseen buenas condiciones de salud incluso sin ser ricos. El diferencial de esos países, según la Comisión, es colocar a la salud como prioridad, orientar su desarrollo a partir de las cuestiones sociales, permitir la participación social, tener cobertura universal y trabajar la salud de una manera intersectorial.

Uno de los países que ya ha consolidado datos relacionados con los DSS es Brasil, cuya Comisión Nacional de Determinantes Sociales lanzó, también en agosto de este año, el informe intitulado ‘Las causas sociales de las inequidades en salud en Brasil’. Par Paulo Buss, es muy probable que esta respuesta al llamado de la OMS ocurra también en otros países. “Brasil ha sido el único país que ya ha instituido una comisión para tratar de los determinantes. Creo que a partir del informe final de la OMS y de su presentación en los diversos foros mundiales de salud, es muy probable que ese ejemplo sea seguido en otras partes del mundo”, dice Buss.

## ¿Una generación apenas?

Para reducir los daños a la salud provocados por los determinantes sociales, la CDSS propone que los cambios comiencen inmediatamente. Y la lista de alteraciones en la estructura política y mundial es enorme. Comienza por la universalización del derecho a la salud, pasando por la redistribución de los ingresos y la disminución de las diferencias sociales entre países pobres y ricos y dentro de cada nación. ¿Pero será posible hacer todo eso rápidamente? “Con nuevas formas de gobernar. Es necesario que la salud sea una prioridad política”, sugiere la Comisión. El resultado de esa acción sería, por lo menos, lograr alcanzar, para el 2040, tres objetivos principales: reducir a diez años la diferencia de mortalidad entre los países que poseen las tasas más bajas y las más altas, disminuir por la mitad las tasas de mortalidad en todos los países y en todas las clases sociales, reducir en un 90% la tasa de mortalidad de niños con menos de cinco años y en un 95% la de las madres en todo el mundo y todas las clases sociales. 📌

## Cooperación Técnica Internacional

Al final de la segunda guerra mundial, la mayor parte de los países europeos se encontraba al borde del colapso económico y social. Para evitar el agravamiento de la inestabilidad política y el avance del comunismo, los Estados Unidos idearon, en 1947, un ambicioso proyecto de asistencia técnica y económica, organizado para acelerar la recuperación de Europa. Era el Plan Marshall que, en menos de cinco años, destinó sumas millonarias para proyectos de cooperación y asistencia económica dirigidos a 16 naciones europeas.

Algunos años más tarde, el mundo descubrió que esa ayuda no fue desinteresada.

Escondía presiones y “condicionalidades” que reforzaron la dependencia política, económica y cultural de los países que la recibieron. Rudolf Buitelaar, actual jefe de la Unidad de Gestión de Proyectos de la **Comisión Económica para América Latina (Cepal)**, explica que la cooperación técnica entre países con grados muy diferentes de desarrollo (o cooperación Norte-Sur) frecuentemente tiene objetivos de naturaleza económico-estratégica: “Ese tipo de ‘asociación’ muchas veces responde a la necesidad de un país desarrollado de imponer un estándar técnico de una de sus industrias de punta a una o más naciones con un menor nivel tecnológico”.

Fue en América Latina que, casi tres décadas después, surgió otro modelo de ayuda internacional. Su objetivo era el de promover la aproximación entre países con grados semejantes de desarrollo. Se trataba de la cooperación Sur-Sur, concebida por la Cepal para ayudar a países que no contaron con el ‘apoyo’ de un Plan Marshall. El éxito de algunas naciones latinoamericanas en alcanzar niveles apreciables de crecimiento desde los años 60 permitió que compartieran sus experiencias con países menos favorecidos. Fue en ese contexto que ganó reconocimiento la idea de la Cooperación Técnica entre Países en Desarrollo (CTPD) o Cooperación Sur-Sur, la cual buscaba la transferencia sistemática y constante de experiencias de los países en desarrollo más adelantados hacia los menos avanzados.

Pero eso no hace de la cooperación Sur-Sur sólo un acto de solidaridad entre países. Según Rudolf, el país que provee ‘ayuda’ siempre se beneficia porque adquiere conocimientos, contactos y experiencia. El ministro de Relaciones Exteriores de Brasil, Celso Amorim, en un artículo llamado ‘Las perspectivas de la cooperación internacional’, explica que, cuando no existe un gran desequilibrio entre los socios, la cooperación se basa en complementariedad de recursos y objetivos similares, y se torna un elemento importante de la propia política nacional de desarrollo científico y tecnológico. Félix Rigoli, consultor regional de recursos humanos de la Organización Panamericana de la Salud (Ops), recuerda que lo más importante es pensar en procesos integrales de largo plazo.

La Cepal fue creada en 1947 por la Secretaría de las Naciones Unidas y continúa activa en la actualidad. Contaba con el respaldo teórico del pensamiento socioeconómico estructuralista de intelectuales latinoamericanos, como Raúl Prebisch, sensibilizados por la situación de subdesarrollo del Tercer Mundo, y de América Latina, en particular. Durante varias décadas, las ideas cepalinas enfatizaron, entre otras cosas, la necesidad de encontrar soluciones específicas que permitieran superar el atraso económico de las naciones de la Periferia subdesarrollada, mediante la búsqueda de la industrialización inducida por el Estado y otras políticas intervencionistas.

Ese modelo de cooperación se consolidó en 1978, en la Conferencia de ONU sobre CTPD, realizada en Buenos Aires con la participación de 138 naciones. Inspirada en las ideas propuestas por la Cepal durante las décadas anteriores, la reunión tenía por objetivo fomentar la capacidad de esos países de encontrar soluciones para sus problemas de crecimiento, reforzar el intercambio de experiencias e identificar las alternativas comunes, además de aumentar el diálogo político Sur-Sur. Como resultado de ese encuentro, la CTPD ganó todavía más relevancia en los programas de la Cepal.

### La Cooperación Técnica Internacional en Salud

En el área de la salud, la historia no fue demasiado diferente. Según Félix Rigoli, los países desarrollados y los organismos internacionales decidieron, en los años 50, promover un tipo de cooperación en salud basado en el financiamiento de programas que se concentraban en el combate de enfermedades específicas. Era la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD), motivada por la ‘caridad’ de los países ricos.

Al final de la Guerra Fría, cuando se cuestionó el papel de las Naciones Unidas y el reordenamiento del orden internacional, la AOD pasó por cambios. En ese momento, las ‘caridades privadas’ comenzaron a substituir a la cooperación internacional conducida por organismos intergubernamentales. La emergencia de nuevos líderes globales, como Brasil, Rusia, India y China, por ejemplo, ofreció una oportunidad para recuperar el espíritu tercermundista de la CTPD. “Fue una nueva fase de la cooperación internacional: los nuevos líderes aprendieron con la experiencia pasada y crearon una sinergia que no es ni de dominación ni de caridad”, evalúa Rigoli.

## Tipos de Cooperación Técnica Internacional

No existe una única topología para clasificar a las diferentes modalidades de cooperación técnica. Es posible, no obstante, identificar algunas categorías específicas vigentes en la actualidad. La cooperación se define como **bilateral** cuando es un acuerdo entre dos países, mediante sus respectivas agencias oficiales, financieras o técnicas. Es **multilateral** cuando se realiza entre un país y organismos internacionales multilaterales (bancos de desarrollo, agencias e instancias de la ONU, etc.).

La cooperación es **horizontal** (o CTPD) cuando los países que de ella participan son dos o más naciones en desarrollo. A Ops, por ejemplo, ha aprobado, desde 1998, más de 200 proyectos de CTPD en áreas tales como el control de enfermedades, gerenciamiento de riesgos y desastres, y ayuda humanitaria. La Cooperación **triangular** consiste en la asociación de una fuente bilateral o multilateral y un país de desarrollo medio, que otorgante de la cooperación horizontal, para generar en forma conjunta acciones a favor de una tercera nación (beneficiaria). El “Foro de Cooperación Triangular México – África en Educación y Salud”, organizado por el Ministerio de Relaciones Exteriores de México, con el apoyo de agencias, fondos y programas de la ONU, para fortalecer la cooperación con los países africanos a nivel bilateral y regional, es un ejemplo de este modelo.

Finalmente, la cooperación descentralizada o no gubernamental está a cargo de instituciones de la sociedad civil. Ella engloba la CTI descentralizada pública, que es realizada por gobiernos locales y regionales. Chile, pionero en este tipo de modalidad en América Latina, posee más de 80 acuerdos de cooperación en ciencia y tecnología y desarrollo social, firmados entre gobiernos locales del país y 16 naciones del mundo u organismos multilaterales.

En los países latinoamericanos, la cooperación Sur-Sur se vio fortalecida en el área de la salud, ya que los donadores tradicionales del Norte, debido a las presiones internacionales, decidieron priorizar otras regiones del mundo. Así, entre 1998 y 2003, la Ops aprobó 175 proyectos de cooperación en salud firmados entre diversos países de América Latina y del Caribe. “El desafío fue estimular las redes entre países y solicitar a las instituciones que aprendieran a hacer cooperación horizontal”, recuerda Rigoli. Para él, una de las ventajas de la región de las Américas con respecto a la cooperación técnica es, entre otras cosas, el hecho de que no existe mucha diferencia entre países ricos y pobres. Rigoli cita como ejemplo el proyecto de cooperación internacional llamado **TC41** y las múltiples triangulaciones que Brasil, Canadá, Ops, Organismo Andino de Salud y los demás países del Cono Sur

El TC 41 es un término técnico de cooperación celebrado entre el ministerio de salud de Brasil y la Opas Brasil, que tiene como objetivo la cooperación técnica de mano doble entre la Opas y la Fiocruz, para la disseminación de conocimientos y recursos de forma combinada con la implementación de experiencias innovadoras y el desarrollo de instituciones afines en Brasil o en otros países.

## Diez características de la cooperación Sur-Sur

- 1) Similitud en los desafíos de desarrollo enfrentados por los países a nivel local y global.
- 2) Aspiraciones y experiencias comunes en la construcción y desarrollo nacionales.
- 3) Semejanzas históricas y vínculos culturales.
- 4) Proximidad geográfica
- 5) Ventajas demográficas
- 6) Marcos de cooperación institucionales regionales e interregionales ya establecidos
- 7) Disponibilidad relevante de capacidades de desarrollo
- 8) Respeto a la soberanía y al mutuo beneficio
- 9) Filosofía de “ayudar al vecino”, en contraposición a la idea de “ayudar por caridad”
- 10) Mayoría numérica de países del sur en todos los foros globales

Fuente: Sistema Económico Latinoamericano (Sela)

han conseguido hacer en los últimos años. “Conseguimos formar centenas de líderes en recursos humanos, unificar criterios y crear lazos entre 15 países para reformar las direcciones o unidades de RH en las Américas, desarrollar una red de investigadores en recursos humanos que se vincula a través de protocolos comunes de internet en el área andina y en Brasil, apoyar la cooperación de Brasil con respecto a la formación de técnicos en Paraguay y Bolivia, e integrar a decenas de centros académicos en el Campus Virtual de Salud Pública. Avanzamos mucho en poco tiempo”, festeja. 🎉

# Cooperación Técnica promueve el intercambio de experiencias entre Bolivia, Brasil y Paraguay

La necesidad de actualizar a los técnicos y auxiliares aptos para superar los desafíos del sector de salud y sus sistemas en América del Sur llevó a algunas escuelas de Brasil, Bolivia y Paraguay a unirse y planificar, en 2005, el Proyecto de Cooperación Técnica entre Países, TCC según sus siglas en inglés: Technical Cooperation Among Countries. El trabajo conjunto fue aprobado por la Oficina Regional de la OMS – Organización Mundial de la Salud en la Región de las Américas, en mayo de 2006, con el título “Colaboración Interinstitucional para el Fortalecimiento de la Formación de Técnicos y Auxiliares como Actores Esenciales de la Atención de Salud”.

El objetivo era intercambiar experiencias e intensificar la cooperación entre países del Mercosur, a fin de buscar la mejora de sus sistemas de salud, además de fortalecer la *RETS* – Red Internacional de Educación de Técnicos en Salud.

Además de la representación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), las instituciones participantes del proyecto fueron, en Bolivia, la Escuela Técnica de Salud Boliviano Japonesa de Cooperación Andina; en Brasil, la Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio (EPSJV) y en Paraguay, el Instituto Nacional de Salud (INS). Posteriormente, fueron incorporadas otras instituciones gubernamentales de los tres países, como el Ministerio de Salud de Paraguay, a través de su departamento de Bioestadística; del Ministerio de Educación de Paraguay; de los Institutos Técnicos vinculados al INS; de la Secretaría de Gestión del Trabajo y de la Educación en Salud del Ministerio de Salud de Brasil; y de la Escuela Técnica de Salud Del Chaco Boliviano – Tekove Katu.

Una de las principales acciones del TCC fue la cooperación entre la EPSJV y el INS en el área de Registros e Información en Salud. En diciembre de 2006 y en agosto de 2007. Un grupo de investigadores de la escuela brasileña fue a la institución de Paraguay para brindar asesoramiento para la creación del primer curso del país en esa área, articulando la implementación del Sistema Nacional de Informaciones en Salud – *Sinais*. “Cuando sabe en donde están las fallas, el gobierno también sabe qué áreas necesitan inversiones con más urgencia. Si esos indicadores no existen, la política del país se pierde. De ahí la importancia de un curso como éste que, en Paraguay, fue implementado como parte de una política mayor en el área de salud (el sistema *Sinais*), y abrió la posibilidad de estructurar los servicios de información”, explica Ana Margarida Barreto, profesora-investigadora de la EPSJV que participó de la misión.

Como parte del trabajo conjunto, los profesionales participantes intercambiaron información sobre la organización de esa formación en los dos países. La principal diferencia identificada, según Ana Margarida, es el hecho de que la formación en esa área se da a nivel medio en Brasil y a nivel superior en Paraguay.


En Cochabamba, Bolivia, fueron realizados talleres de revisión y actualización del curso de Información y Registros en Salud que ya existía en el país, de elaboración del diseño y validación del Curso de Mantenimiento de Equipos en Salud, y un último taller, dirigido a procesos de incorporación de aspectos Interculturales y de Medicina Tradicional en los diferentes cursos realizados por ETSBJCA.

En Paraguay, los talleres se encargaron de la revisión y adecuación de los cursos de auxiliares y técnicos en Enfermería, que contó con la participación de un profesional del Ministerio de Salud de Brasil y de otra profesional de la Escuela Técnica de Salud de Bahía (Brasil), de la elaboración y validación del Curso de Información y Registros en Salud en el INS y de la elaboración del diseño y validación del Curso de Mantenimiento de Equipos en Salud.

Tanto en Bolivia como en Paraguay, fueron realizados talleres sobre elaboración del material didáctico y actualización en metodología educativa, planificación curricular,

diseño y programación educativa, monitoreo de evaluación del aprendizaje. Además de eso, la EPSJV donó material didáctico (libros y textos) a la ETSBJCA, de Bolivia, y al INS, de Paraguay.

## Evaluación y nuevas perspectivas

En octubre de 2007, fue realizada, en Brasil, una reunión de evaluación de esa primera fase del TCC. Con representantes de los tres países, además de la OPS, el encuentro consideró como cumplidos los objetivos asumidos entre los tres países, y decidió la elaboración de un nuevo TCC para la profundización del trabajo y la inclusión de acciones de cooperación en otras áreas de formación de técnicos en salud. Para esa nueva fase del TCC, fueron convenidas nuevas actividades, dando prioridad a las áreas de Información y Registros en Salud, Mantenimiento de Equipos de Salud, Vigilancia en Salud, además de la discusión sobre la Atención Primaria a la Salud, que atraviesa todas estas las áreas mencionadas. Otras demandas señaladas fueron en el campo de la formación y regulación del trabajo de profesionales de base comunitaria y el intercambio de experiencias sobre salud indígena e interculturalidad, además de la discusión más estructurante sobre las concepciones de educación de técnicos en salud en los países involucrados. Durante la reunión, la representante del Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia, Miryam Gamboa, resaltó que la construcción de un nuevo modelo de atención basada en la salud familiar y comunitaria, que respete las diferencias culturales, es prioridad del proyecto de reestructuración política del país. Según ella, la cooperación viabilizada por el TCC es de fundamental importancia porque una de las principales estrategias para avanzar sobre ese cambio consiste en la formación de los trabajadores que ya actúan en el sistema. 

## Programa para reducción de la Malaria

En septiembre de este año, 36 profesionales del área de salud de Angola realizaron un curso que tenía por objetivo mejorar el sistema de notificación de casos en el país.

El curso, que posee contenido técnico, como la definición de la enfermedad en áreas de riesgo e información epidemiológica, también presenta nociones sociopolíticas que podrían colaborar con el control de la malaria, acciones de educación y de movilización social y la contribución específica de los diversos socios del gobierno que participan de la lucha contra la enfermedad.

La acción forma parte del esfuerzo de Angola por mejorar la vigilancia, monitoreo y evaluación de datos estadísticos, con la finalidad de reducir las tasas de mortalidad.

El coordinador Nacional de la Malaria del país, Filomeno Fortes, dijo, en una entrevista realizada al sitio Angola Press, que reducir el impacto de la malaria en un 60% para el 2012, mejorando la implementación de las intervenciones de control, constituye uno de los principales objetivos del gobierno angoleño. El número de casos, que era de 3.246.258 en 2003, disminuyó a 2.726.530, en 2007.

## La ETSBJCA realiza cursos de capacitación

La Escuela Técnica de Salud Boliviano Japonesa de Cooperación Andina (ETSBJCA), de Bolivia, realizó, en junio de este año, un curso para Técnicos Medios en Estadísticas en Salud. El curso se efectuó en el horario de la tarde para permitir que los alumnos pudieran continuar trabajando durante la mañana. De acuerdo con la directora de la Escuela, Rosario Polo, el currículo del curso fue ampliado y mejorado a partir del intercambio de experiencias con la Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio, de Brasil, en el año 2006.

En abril, la Escuela promovió incluso un curso para enseñarles a los trabajadores de los aeropuertos a sacar radiografías de personas sospechadas de portar drogas en el estómago. En el caso de que quieran continuar la formación, los empleados pueden completar el curso para Técnicos en Rayos-X. El curso, que tuvo una duración de tres meses, fue una demanda de la Fuerza Especial de Lucha Contra el Narcotráfico de Bolivia.

## Cooperación institucional entre Cuba y Costa Rica

En el mes de octubre de 2008, dos profesores de la Escuela de Tecnologías en Salud de la Universidad de Costa Rica visitaron la Facultad de Tecnologías de la Salud del Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana, Cuba, con el propósito de compartir experiencias de formación e investigación en el área de Tecnologías en Salud. Con la visita, se espera fortalecer las relaciones entre las dos instituciones a través de un convenio que permita desarrollar actividades y compartir experiencias.

## El Sena lanza programa de donación de sangre

El Sena (Servicio Nacional de Aprendizaje) lanzó, el día 15 de agosto último, en Bogotá, un programa de formación de 360 horas de duración para certificar Promotores de Donación Voluntaria de Sangre, en el marco de la alianza con la Dirección de Bancos de Sangre del Instituto Nacional de Salud de Colombia.

El programa, que se realiza a través del Centro de Formación de Talento Humano en Salud y está registrado en la modalidad de Formación Complementaria ofrecida por la entidad, estaba dirigido a bachilleres, auxiliares de enfermería y profesionales de la salud vinculados a instituciones que realizan trabajos en los bancos de sangre del país.

Las normas de competencia y la estructura del programa de formación fueron el resultado de un trabajo conjunto entre profesionales del Sena y de la Coordinación Nacional de la Red de Bancos de Sangre, ubicada en el Instituto Nacional de Salud; y tienen por objetivo fomentar la cultura de donación voluntaria como responsabilidad social.

## Foro debate formación de técnicos en Salud no Paraguay



Se realizó, el día 30 de octubre último, el Primer Foro Nacional de Educación Superior en Salud, con el apoyo del Ministerio de Educación y Cultura y del Instituto Nacional de Salud de Paraguay.

El objetivo fue promover discusiones sobre los desafíos de la educación superior, el marco regulatorio de ese nivel de educación y la articulación con el mercado de trabajo.

El foro, que tuvo lugar en la ciudad de Ypacaraí, fue organizado por instituciones inscriptas en la Asociación de Instituciones Técnicas en Salud del Paraguay, entre las cuales se encuentra el Centro Educativo Superior.

## Convención 'Tecnología y Salud' promueve debates

Será realizada, entre el 23 y el 27 de marzo de 2009, la primera Convención 'Tecnología y Salud', en el Palacio de las Convenciones de La Habana, Cuba.

El evento, realizado por la Facultad de Tecnologías de la Salud, del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana y por el Ministerio de Salud Pública, tiene por finalidad reunir a los profesionales vinculados a las tecnologías del campo de la salud para debatir sobre aspectos de interés, contribuyendo con el desarrollo de servicios de enseñanza y servicios asistenciales de calidad.

Para más informaciones, los interesados pueden entrar en contacto con los organizadores a través de los teléfonos de la Facultad de Tecnología de la Salud (FATESA): (537) 406505 y (537) 410664, o mediante el correo de los organizadores: daimary.mendoza@infomed.sld.cu (Dra. Daimary Mendoza Rodríguez, vicepresidente Del Comité Organizador); arencibia@palco.cu (M. Sc. Dr. Rodolfo Arencibia Figuerosa, organizador profesional del Congreso). Los teléfonos del Palacio de Convenciones de La Habana son (537) 2087541 y (537) 2026011. El fax es (537) 2028382.

## OMS lanza Boletín Electrónico

La oficina de representación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de Mozambique lanzó un Boletín Electrónico trimestral para divulgar algunas de las acciones realizadas por el gobierno en colaboración con sus socios de Desarrollo en el área de la Salud.

El objetivo es compartir informaciones con profesionales e instituciones del sector de la Salud y organismos afines, así como socios nacionales e internacionales, además de la sociedad civil.

El primer boletín presenta nueve temas cuya finalidad es despertar el interés de los lectores en el sentido de que colaborar en la Promoción de la Salud, en la prevención y en la lucha contra enfermedades como la mortalidad materna y neonatal y la malaria, y fortalecer la asociación para la Salud.

En esa edición, se abordan temas tales como la adhesión de Mozambique a la alianza mundial para la seguridad del enfermo, así como información sobre el plan estratégico de prevención y control de enfermedades no transmisibles del Ministerio de Salud del País.

Para leer el boletín, ingresar en, [http://www.who.int/countries/moz/publications/ebulletin\\_march\\_june\\_2008.pdf](http://www.who.int/countries/moz/publications/ebulletin_march_june_2008.pdf)

## EPSJV lanza curso de Técnico de Agente Comunitario de Salud

El día 1º de octubre de 2008, tuvo inicio el curso técnico de Agente Comunitario de Salud de la Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio. Resultado de una asociación entre la EPSJV y el Centro de Salud Escuela Germano Sinval Faria (CSEGSF), la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSP), la Fiocruz, y la Secretaría Municipal de Salud de Rio de Janeiro, el curso es un proyecto piloto que tiene como alumnos a los ACS que trabajan en el Centro de Salud de la ENSP/Fiocruz, vinculados a la Secretaría Municipal de Salud de Rio de Janeiro. "Incorporamos la perspectiva de los trabajadores en ese curso desde su formulación, como metodología de ese proyecto piloto", explica la coordinadora Márcia Valéria Morosini.

Dividido en tres módulos que permitirán que el trabajador obtenga la habilitación técnica, el curso pretende incentivar investigaciones relacionadas con ese tema y colaborar con el desarrollo de experiencias y relatos que puedan ser compartidos con las demás Escuelas Técnicas del SUS, responsables por la formación de los ACS en todo el país.



## La III Expoesp debate temas sobre salud pública

La Escuela de Salud Pública de Ceará, Brasil, realizó, el día 3 de septiembre de este año, la 'III Expoesp'. Participaron del evento cerca de 500 estudiantes de graduación, posgrado y profesionales del área de salud. Hubo, además, inscripción y presentación de trabajos.

La Expoesp reunió a más de 50 conferencistas de instituciones de todo el país, que abordaron temas relacionados con el fortalecimiento del Sistema Único de Salud, que cumplió 20 años en 2008.

Una de las mesas redondas del evento fue sobre 'Formación y capacitación de recursos humanos para el SUS', que contó con una discusión específica sobre el Programa de Formación de Profesionales de Nivel Medio para la Salud (Profaps).

## Cooperación internacional en Colombia

La Fundación Universitaria del Área Andina realizará, en octubre del 2009, el XXII Congreso del Alasbimn (Asociación Latinoamericana de Sociedades de Biología molecular y Medicina Nuclear), en la ciudad de Cartagena de Indias (Colombia). El evento tendrá lugar en el Centro de Convenciones de Cartagena de Indias.

## Congreso reúne a técnicos de toda América Latina

La Escuela de Tecnologías en Salud de la Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica y la Asociación Costarricense de Tecnólogos en Imágenes Médicas de Costa Rica promovieron, en septiembre de este año, el 'XI Congreso da América Latina y Caribe y II Congreso Nacional de Profesionales en Imágenes Médicas'. El congreso reunió a cerca de 400 tecnólogos en el área, provenientes de toda América Latina. El objetivo fue promover la educación continua y actualización de los profesionales en Imágenes Médicas en las diferentes áreas de su formación.

## Seminario aborda los 20 años del Sistema Único de Salud brasileño

La Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio (EPSJV) realizó, entre los días 9 y 11 de septiembre, el seminario 'Estado, sociedad y formación profesional en salud – 20 años del Sistema Único de Salud: contradicciones y desafíos'. El evento contó con cinco mesas temáticas y diez conferencistas que promovieron discusiones relacionadas con la situación actual del SUS y con las políticas públicas en Brasil y en el mundo, dos décadas después de haber sido institucionalizado en la Constitución Federal de 1988. Entre los conferencistas se encontraban el investigador Emir Sader, coordinador del Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (Clacso), Jairnilson Paim, profesor del Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Federal de Bahía (ISC/UFBA) y Sergio Lessa, profesor de filosofía de la Universidad Federal de Alagoas.

En el último día, la EPSJV lanzó los libros: 'Mercado del conocimiento y el conocimiento para el mercado – de la formación para el trabajo complejo en el Brasil Contemporáneo', de Lúcia Neves y Marcela Pronko, y 'Estado, Sociedad y Formación Profesional en Salud: contradicciones y desafíos en 20 años de SUS', una recopilación de los textos presentados en el seminario organizado por Gustavo Matta y Júlio Lima.

## Globalization and Health (Globalización y Salud)

Ichiro Kawachi e Sarah Wamala – Oxford University Press

En este libro, Ichiro Kawachi, profesor de epidemiología social de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard, y Sarah Wamala, directora general del Instituto Nacional de Salud Pública de Suecia y profesora de medicina social del Instituto Karolinska, hablan sobre los avances, problemas, desafíos y oportunidades que la globalización coloca sobre el área de la salud.

Los autores analizan las amenazas médicas más comunes que prevalecen en este nuevo contexto, así como las herramientas utilizadas para evaluarlas. Explican también de qué manera los impactos sociopolíticos influyen sobre la salud de la población. Además de eso, evalúan el papel de instituciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial, juegan sobre el sector sanitario.

## Transformaciones sociales y sistemas de salud en América Latina

Editado por Betty Espinosa y William Waters – Flacso Ecuador, Serie 50 años

En este libro, los investigadores que participan del Congreso Latinoamericano y Caribeño de Ciencias Sociales, realizado en Quito en octubre de 2007 para festejar los 50 años de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (Flacso), analizan las características de los sistemas de salud de América Latina.

Organizado por Betty Espinosa, profesora de Flacso Ecuador, y William Waters, codirector del Instituto de Investigaciones en Salud y Nutrición de la Universidad de San Francisco, el libro divide sus artículos en tres partes: sistemas y servicios de salud en Ecuador y en América Latina, políticas de salud y prestación de servicios en el ámbito nacional e internacional y prácticas en las profesiones de salud.

Los autores realizan un análisis de las diversas respuestas dadas por los países latinoamericanos en las últimas dos décadas con respecto a los problemas de salud de su población. Como explican en sus artículos, las políticas sanitarias van desde el fortalecimiento del poder público en el sector, pasando por la descentralización o municipalización, hasta la privatización de la asistencia. Además de eso, recuerdan que en muchos lugares coexisten la biomedicina y las prácticas alternativas.

## As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil (Las causas sociales de las iniquidades en salud en Brasil)

Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de la Salud – Editora Fiocruz

Esta publicación es el informe final de la Comisión Nacional sobre Determinantes Sociales de la Salud brasileña, creada en marzo de 2006 y cuya Secretaría Ejecutiva tiene su sede en la Fundación Oswaldo Cruz (Fiocruz), órgano del Ministerio de Salud de Brasil. La Comisión, que posee 16 integrantes, está conformada por gestores del área de la salud, profesores-investigadores, sanitarios, artistas, profesionales de la salud y otros representantes de organizaciones civiles.

El libro aporta datos sobre el impacto de los determinantes sociales sobre la salud de la población brasileña y hace recomendaciones, fundamentadas en análisis profundos de la situación sanitaria y de las medidas que ya están siendo realizadas en el área, a fin de superar las iniquidades en el sector salud.

## La Atención Primaria está en el centro de la agenda mundial

La Organización Mundial de la Salud (OMS) conmemora los 30 años de la Conferencia de Alma-Ata, en Kazajistán, recordando sus ideales al llamar nuevamente la atención del mundo sobre la importancia de la atención primaria en salud. Ese fue el tema del informe anual de 2008, intitulado 'Atención Primaria: ahora más que nunca'. El llamado de la OMS es para que los sistemas de salud comiencen a organizarse a partir del primer nivel de asistencia y alcancen la cobertura universal. "Ese informe recupera la perspectiva ambiciosa de la atención primaria como el conjunto de valores y principios que orientan el desarrollo de los sistemas de salud. Es una oportunidad para identificar los problemas y reducir los desfases entre las aspiraciones y la realidad. Llegó la hora, hoy más que nunca, de que fomentemos el intercambio de experiencias entre países y de que tracemos el camino más directo para garantizar la salud para todos", escribió Margaret Chan, directora general de la OMS.

Según el documento, las respuestas de los países en relación a la atención primaria han sido "lentas e inadecuadas". Eso se debe a que la mayoría de ellos tiene un modelo de salud fragmentado, comercial y hospitalocéntrico. "El enfoque en los hospitales y en los especialistas ha tornado al sistema ineficiente y desigual", dice el informe.

Ese tipo de enfoque de la asistencia se inició en los años 80, cuando la atención primaria pasó a ser realizada a partir de un "paquete básico de intervenciones", ya que el objetivo de los gobiernos neoliberales era reducir costos sociales. Estaban preocupados por combatir un número reducido de enfermedades – principalmente infecciosas –, la salud materno e infantil y la mejora del abastecimiento de agua y saneamiento. De acuerdo con la OMS, es necesario acabar con "la centralidad de una oferta restringida a la atención curativa especializada; la fragmentación de los servicios; y la no intervención de los gobiernos, que abre el espacio para la asistencia comercial".

### Cuatro orientaciones

Para que ocurran cambios reales en la situación sanitaria mundial, el estudio de la OMS propone la realización de una alteración estructural basada en cuatro puntos principales: garantía de sistemas de salud que contribuyan con la equidad sanitaria, la justicia social y el fin de la exclusión, en pro de la cobertura universal; organización de los servicios por la atención primaria, esto es, en torno de las necesidades y expectativas de las personas; elaboración de nuevas políticas públicas; y fin de la falta de control del Estado, para dar lugar a un liderazgo capaz de enfrentar la complejidad de los problemas de salud. El más importante, sin embargo, es la universalización de los servicios, que daría las condiciones para que las otras acciones se realicen en forma subsiguiente. "Ese es el objetivo prioritario, como hace 30 años", dice la OMS.

Pero la Organización Mundial de la Salud recuerda que la solución apenas comienza en la atención primaria. "Ella puede contribuir en gran medida a mejorar la salud de las comunidades, pero no basta para garantizar la equidad sanitaria. Es necesario que los gobiernos adopten una serie de políticas públicas para enfrentar los desafíos del área de la salud. Va a ser necesario reinvertir en un liderazgo público", dice la OMS en su informe anual.

De acuerdo con el documento, la universalización del sistema de salud y el cambio en las demás políticas públicas no pueden realizarse, sin embargo, de la misma manera en todos los países. "En los países con gastos elevados en salud, como es el caso de casi todos los países en desarrollo, existe un amplio margen financiero para acelerar el cambio de enfoque de atención terciaria hacia la primaria, regular el sistema de manera saludable, y reducir la exclusión a partir

de una asistencia universal. El desafío es mucho mayor para los dos mil millones de personas que viven en los países de África y Asia oriental, en donde el sector de la salud crece lentamente, y para los 500 millones que viven en Estados frágiles. Y esos lugares tienen la necesidad, más que ningún otro, de comenzar inmediatamente el cambio en la atención primaria".

### 'Ahora, más que nunca'

Pero, según el informe, el mundo pasa por un momento propicio para los cambios reales en las condiciones sanitarias de la población. "La salud mundial es objetivo de una atención sin precedentes, y se destaca el aumento de las demandas en pro de una atención integral y universal. Existen señales claras y positivas del deseo de colaborar para el establecimiento de sistemas sustentables para la salud, en lugar de los enfoques parciales y fragmentados". La mejora de la situación económica de los países también podrá contribuir con los cambios: "El crecimiento del PIB – ciertamente vulnerable a la desaceleración de la economía, a la crisis energética y de los alimentos, y al calentamiento global – está impulsando los gastos sanitarios en el mundo entero.

Además de eso, según la OMS, durante los últimos diez años, la comunidad mundial se ha ocupado de la pobreza y la desigualdad de forma más sistemática. "Un ejemplo es el establecimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la formulación de las políticas sociales teniendo en cuenta las desigualdades. Esto abre la oportunidad de tener más eficacia en la acción sanitaria y crear las condiciones necesarias para establecer alianzas sólidas fuera del sector salud. Las acciones intersectoriales vuelven a ser protagonistas".