



¡Salud para Todos y Todas, Ahora!
Movimiento para la Salud de los Pueblos

WASHINGTON DC, 28 DE SEPTIEMBRE DEL 2014

**CARTA ABIERTA A LOS DISTINGUIDOS DELEGADOS DEL
53º CONSEJO DIRECTIVO/ 66TA SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD PARA LAS
AMÉRICAS**

Distinguidos delegados,

En nombre del Movimiento para la Salud de los Pueblos ([MSP](#)) presentamos los comentarios y sugerencias incluidas a continuación en relación con algunos de los puntos de la agenda del 53ro Consejo Directivo/ 66a Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Esperamos que usted encontrara el tiempo para leer y considerar estos comentarios antes de los debates pertinentes en el Consejo Directivo y esperamos también que encuentre nuestra aportación útil.

El MSP es una red global de organizaciones que trabajan al nivel local, nacional y mundial para alcanzar "Salud para Todos". La articulación central de nuestra plataforma se encuentra en la Declaración para la Salud de los Pueblos, que fue aprobada en la primera Asamblea para la Salud de los Pueblos en diciembre del 2000. Puede encontrar más información sobre el MSP en la siguiente página web: www.phmovement.org. Las actividades del MSP en estareuniónn de la Organización Panamericana de la Salud es parte de nuestro programa de Democratización de la Gobernanza Global de la Salud.

El siguiente comentario fue desarrollado a través de un proceso de consultas a nivel nacional y regional, basado en los temas que los círculos nacionales del MSP en las Américas consideraron como prioritarios. Les invitamos a revisar los comentarios aquí vertidos, esperando que estos aporten información valiosa para su trabajo en estas áreas.

Miembros del MSP asistirán y participarán en los debates durante la reunión de esta semana. Estaríamos muy interesados en discutir estos comentarios con ustedes.

Por favor, no dude en ponerse en contacto con nosotros a través de Susana Barria at sbarria@phmovement.org.

Mejores saludos,

ALAMES-Colombia
ALAMES-Ecuador
ALAMES-México
MSP-Brasil
MSP-Cono Sur
MSP-Mesoamerica
MSP-Norte América
MSP-Región Andina

Comentario del MSP sobre Puntos de la Agenda del 53º Consejo Directivo

Tabla de contenidos

<u>PUNTO DE LA AGENDA 4.3: ESTRATEGIA PARA EL ACCESO UNIVERSAL A LA SALUD Y LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD</u>	3
ANTECEDENTES	3
COMENTARIO DEL MSP	3
<u>PUNTO DE LA AGENDA 4.5: PLAN DE ACCIÓN SOBRE DISCAPACIDADES Y REHABILITACIÓN</u>	5
ANTECEDENTES	5
COMENTARIO DEL MSP	5
PROPUESTA DEL MSP	6
<u>PUNTO DE LA AGENDA 4.6: PLAN DE ACCIÓN SOBRE SALUD MENTAL</u>	7
ANTECEDENTES	7
COMENTARIO DEL MSP	7
PROPUESTA DEL MSP	8
<u>PUNTO DE LA AGENDA 4.8: PLAN DE ACCIÓN SOBRE LA SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS</u>	9
ANTECEDENTES	9
COMENTARIO DEL MSP	9
PROPUESTA DEL MSP	10
<u>PUNTO DE LA AGENDA 4.11: ESTRATEGIA SOBRE LA LEGISLACIÓN RELACIONADA CON LA SALUD</u>	11
ANTECEDENTES	11
COMENTARIO DEL MSP	11

Punto de la Agenda 4.3: Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud

Antecedentes

La OMS ha venido promoviendo el concepto de Cobertura Universal de Salud (UHC) desde el Informe Mundial de la Salud del 2010. La Asamblea Mundial de la Salud (AMS) adoptó la Resolución 64.9 en mayo del 2011. En el año 2012 se adoptó el documento titulado *Financiación de los Sistemas de Salud: El camino hacia la UHC: Plan de Acción*. Puede ver el informe actualizado presentado por el secretariado de la OMS a la AMS en Mayo del 2013 en A66/24. El borrador de estrategia de la OPS sobre UHC fue considerado por el Comité Ejecutivo de la OPS en [CE154/12](#) y el CE recomendó que se aprobara la Estrategia. El Consejo Directivo considerará la resolución recomendado por el Comité Ejecutivo (en [CE154.R17](#)) que adoptaría la Estrategia, disponible en [CD53/5 Rev.1](#).

Comentario del MSP

El MSP acoge con satisfacción el debate sobre el fortalecimiento de los sistemas de salud de la Región en el marco de la discusión sobre el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. El MSP ha considerado siempre a estos dos temas como estrechamente relacionados e interdependientes; y da también la bienvenida al fuerte enfoque dado a la equidad y la determinación social de la salud reflejado en el documento.

Así mismo el MSP celebra la remoción de la referencia constante, visible en documentos anteriores, al “paquete universal de servicios” como un componente central de la cobertura universal de salud. Sin embargo, la referencia a la necesidad de un uso efectivo de los recursos (párrafo 5) deja la puerta abierta para traer de vuelta limitantes a la oferta de servicios de salud provistos bajo la cobertura universal de salud.

El documento hace un llamado (párrafo 21) al incremento de fondos gubernamentales para la salud y es crítico de las cuotas a los usuarios subrayando el riesgo del empobrecimiento de la asistencia sanitaria, lo que es bienvenido. Pareciera que el documento recomienda un “sistema único de pago” con un solo fondo pre-pagado con capacidad para transferencias de ricos a pobres. Sin embargo, esto no está del todo claro. La OMS se ha abstenido de dar recomendaciones acerca de los mecanismos institucionales a través de los cuales la cobertura universal será alcanzada. Central a esta ausencia de recomendaciones se encuentra el debate entre los defensores de una atención sanitaria financiada y provista con fondos públicos y el modelo estratificado público-privado apoyado por el Banco Mundial y el USAID.

Las evidencias muestran, incluidos estudios en la Región de las Américas (Municipal Services Project, *Chile and Costa Rica: Different roads to universal health in Latin America*, 2014), que al comparar los sistemas de salud públicos con los sistemas de salud privados (que se desarrollan a través de sistemas de aseguramiento individual y con la participación de aseguradoras y prestadoras de servicios privadas), son los primeros los que proveen servicios de salud integrales, equitativos, adecuados, oportunos y de calidad, con interés y con capacidad de aportar positivamente a los determinantes sociales de la salud.

De acuerdo a estas evidencias, el MSP no apoya un modelo de UHC basado en la provisión privada de los servicios, y cree firmemente que la rápida transición a un modelo de este tipo puede ser una ruta para dismantlar los servicios de salud públicos.

El párrafo 51 pone énfasis en 'aumentar y optimizar el financiamiento público de la salud' como 'condición necesaria para reducir las inequidades en el marco del acceso universal a la salud', pero no identifica el papel del sector privado en debilitar la sustentabilidad financiera del sistema.

La solidaridad y la redistribución de fondos sin regulación del sector privado, llevará a que estos mismos fondos acaben fortaleciendo el negocio de la salud del sector privado. En este sentido, consideramos que la propuesta de un fondo público común puede ser una opción, siempre y cuando sea de manejo y regulación Estatal, con un muy fuerte control social y destinado a la implementación de un sistema público universal de salud y no destinado a los mecanismos de aseguramiento privados de la enfermedad. Esto llevaría a recomponer la categoría de ciudadanía en salud, donde los individuos no deben pagar por la prestación de los servicios, dado que hacen sus aportes vía impuestos de acuerdo a su capacidad económica y reciben de acuerdo a su necesidad de salud.

El párrafo 47 habla acerca del rol de “todos los sectores”, una referencia indirecta al sector privado, a moverse hacia la cobertura universal de salud en el contexto de la necesidad de establecer las reglas para asegurar varios objetivos importantes. Llama la atención que no existe discusión alguna acerca de los retos de regular al sector privado. El sector privado ha entrado en el sector de la salud en casi todos los países y existen los recursos humanos e institucionales ubicados en el sector privado que deberían ser aprovechados dentro de un único servicio de salud. Sin embargo, es común especialmente en sociedades altamente desiguales, que el sector privado de la atención sanitaria este cercanamente afiliado con el estrato más rico de la población, usualmente apoyado por planes de aseguramiento privados o ligados a la ocupación. La cultura de un sector privado en estas circunstancias se resiste a rendir cuentas en cuanto a su manejo clínico y a cualquier iniciativa de redistribución. También contribuye a crear un entendimiento de la atención sanitaria como un lujo para ser comprado y vendido, y lejos del entendimiento de la salud como un derecho humano. Por lo tanto, el énfasis debe ser puesto en fortalecer la capacidad del sector público en vez de la participación de todo el sector en la provisión de servicios de salud.

Mientras el documento en su introducción define el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud de manera integral, las estrategias se limitan a un conjunto de prestaciones y a ofertas mínimas de cobertura que se “ampliarán conforme a la capacidad del país”. Esto lleva a la focalización de intervenciones que han sido la raíz de la segmentación de nuestros sistemas de salud. Además, mientras la salud se define como derecho en la introducción y las consideraciones generales, las estrategias enfatizan la eficiencia del uso de los recursos sobre la redistribución de los mismos. De esta manera, las inequidades de género, étnicas, socioeconómicas, “suceden” pero no se trata de evitarlas sino de darles acceso a servicios de salud/ tratamiento. Ante el carácter multiétnico y pluricultural de la población de las Américas, la igualdad de acceso a la salud sólo puede efectuarse a través de un sistema único que incluya políticas sanitarias sectoriales que atiendan las demandas y necesidades de los diversos grupos étnicos y raciales que la conforman, tales como los pueblos indígenas, ribereños, pueblos de los bosques, colectivos quilombolas, gitanos y otros. La salud como prioridad fiscal debería incluir además redistribución de recursos que ataquen las causas que provocan las inequidades mencionadas, lo que necesariamente implica que los Estados se comprometan en avanzar en la configuración de sistemas de impuestos progresivos.

Mecanismos de participación de la sociedad civil en el área de la salud son importantes. El documento refiere a un 'proceso altamente participativo que resultó en la formulación de este documento de Estrategia' (párrafo 20). Es importante notar que, en el caso de Ecuador por ejemplo, el proceso de consulta se realizó en un evento cerrado al público y a la sociedad civil, financiado por el Ministerio y en el que participaron mayoritariamente autoridades locales de salud. Es importante asegurar que las consultas permitan una participación real de la sociedad civil y que los mecanismos de participación existentes se implementen.

De manera general, el documento identifica varios retos importantes de manera acertada, pero falla en identificar causas claves del surgimiento de dichos retos. Por ejemplo, mientras se reconoce el reto del acceso a medicamentos incluyendo medicamentos genéricos, de calidad, seguros, eficaces y asequibles (párrafos 29, 39, 50), falla en identificar las barreras al acceso a medicinas. Entre otros, no se menciona el papel de los tratados de libre comercio en reducir la capacidad de los países de la Región en utilizar las flexibilidades y salvaguardias del Acuerdo ADPIC en relación a la salud pública. Es difícil olvidar el caso de medicinas genéricas en camino desde la India a Brasil que fueron confiscadas en Holanda, como parte de una estrategia de EEUU de tratar a los medicamentos genéricos como si fueran falsificados, creando una confusión deliberada entre los términos. Control de aduanas que incluyen derechos de propiedad intelectual es uno de los temas que se discuten dentro de tratados de libre comercio y que impactan directamente al acceso a medicamentos.

Finalmente, el derecho a la salud es un derecho humano fundamental ([Alma Ata Declaración](#) 1978). Eso implica que los estados tienen una responsabilidad frente a sus ciudadanos de asegurar la realización de este derecho. El documento menciona la salud como derecho, pero no como derecho humano. La Declaración de Alma Ata lo puso en claro hace más de tres décadas atrás y aún se mantiene válido hoy que: “Los Gobiernos tienen una responsabilidad con la salud de sus poblaciones que puede ser realizada solamente con la provisión adecuada de medidas sanitarias y sociales”.

Punto de la Agenda 4.5: Plan de acción sobre discapacidades y rehabilitación

Antecedentes

Se solicita al Consejo Directivo que examine el Plan de Acción sobre la Discapacidad y Rehabilitación ([CD53/7](#)) y considere la aprobación de la resolución que figura en el anexo A, en el mismo documento.

Comentario del MSP

Este plan es en realidad una propuesta, cuyo marco conceptual se suscribe a la Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad en el abordaje biológico; en el asistencial, al modelo de Rehabilitación Basada en la Comunidad y en el social, a los Determinantes Sociales de la Salud.

Los dos primeros son congruentes con el pensamiento crítico en salud, el tercero es una versión capitalista del modelo de la Determinación Social de la Salud, así que con base en que lo social subsume a lo biológico, si el abordaje social de la discapacidad y la rehabilitación es desde esta perspectiva, entonces las repercusiones en la asistencia y atención serán limitadas a lo que dicte la política económica neoliberal de los gobiernos latinoamericanos, con sus honrosas excepciones.

Sin embargo, aun considerando la base conceptual de la propuesta de manera acrítica, el problema se presenta al operacionalizar la propuesta a través de las líneas estratégicas, objetivos e indicadores, recortando y dejando fuera principios y ejes mencionados al inicio. Por ejemplo, uno de los principios de esta propuesta es la protección de los cuidadores, pero en ninguna otra parte del documento se habla al respecto, o el caso de los enfoques transversales, en donde género se reduce a un mero indicador de censo poblacional para cuantificar a las personas con discapacidad.

En relación al derecho a la salud de las personas con discapacidad, no se presenta alguna diferencia particular que con el resto de la población. La salud se recorta a la accesibilidad y la universalidad sólo se alude de forma horizontal. Además, bajo el discurso de participación social e intersectorialidad, abre puertas a la privatización de la salud, que en el caso de las personas con discapacidad, son las fundaciones de grandes empresas como Televisa en México a través de sus centros de rehabilitación Teletón, quienes recaudan millones de pesos sin ningún tipo de auditoría, dejando de pagar impuestos, ya que la Ley de Impuestos Sobre la Renta les permite deducir estas donaciones y al mismo tiempo se hacen publicidad por la que normalmente pagarían cantidades mucho mayores. Aunada a esta evasión fiscal, los “teletones” en México se han convertido en un bien de interés político electoral para los gobiernos locales, quienes destinan erario público para el establecimiento y operatividad de dichos centros, desprotegiendo y recortando el presupuesto para los centros públicos de rehabilitación.

Para el MSP la apuesta central está en la APS y en la determinación social de la salud, para la OPS y OMS hoy en día esta se centra en la cobertura universal de salud entendida como aseguramiento con paquetes establecidos para toda la población. Esto evidencia la diferencia de enfoques y apuestas que tenemos.

Se hace necesario recuperar el enfoque territorial – poblacional de la salud pública, que permita reconocer las dinámicas y necesidades sanitarias desde las dinámicas productivas y reproductivas territoriales y desde allí reorientar las intervenciones institucionales, para que las respuestas sean integradas e integrales y efectivamente atiendan las demandas y necesidades sanitarias que demandan las poblaciones.

Un enfoque territorial-poblacional, da la posibilidad de una intervención institucional conjunta, para que en la praxis se dé la vinculación a los sectores y desde allí se incorporen en las políticas y programas, con lo que se iría más allá de un enfoque que suena un tanto ingenuo de pretender que los sectores incorporen la salud, porque sí, desconociendo las tensiones de poder que se dan en las disputas entre ellos por los temas y los recursos económicos que se colocan en juego para viabilizar las políticas públicas.

Recomendamos a que se jerarquicen las iniciativas y a que se pongan en el centro de ellas la determinación social de la salud y la APS, como ordenadoras de la forma de actuar de los gobiernos para que efectivamente en un enfoque territorial-poblacional, se desarrolle una acción intersectorial que busca como propósito central enfrentar

las inequidades sociales, económicas, sanitarias, de género y culturales en la búsqueda del mejoramiento de la calidad de vida y de bienestar de las poblaciones.

Propuesta del MSP

Se pide al Consejo Directivo que haga suyas las recomendaciones del Informe Mundial sobre la Discapacidad y apoye su implementación. La decisión de apoyar dichas recomendaciones contribuirá a la realización progresiva de los derechos consagrados en la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, siendo lo más significativo que allanaría el camino para una agenda de desarrollo inclusivo de la discapacidad en la agenda de desarrollo post 2015.

El MSP apoya todas las recomendaciones relacionadas con la Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad, y con el modelo de la Rehabilitación Basada en la Comunidad. El MSP solicita que se incluyan explícitamente en las estrategias, objetivos e indicadores, todos y cada uno de los principios y enfoques transversales del Plan de acción.

Punto de la Agenda 4.6: Plan de acción sobre salud mental

Antecedentes

En 2013, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020 (véase el comentario del MSP sobre este plan en nuestro sitio web, www.ghwatch.org). Ese mismo año, el Consejo Directivo de la OPS adoptó su plan estratégico 2014-2019. Durante esta reunión, se solicita al Consejo Directivo que examine el Plan de Acción sobre Salud Mental aprobado en 2009 ([CD53/8](#)), con el fin de actualizarlo y armonizar lo con el plan estratégico de la OPS y el Plan de Acción Integral de la OMS. También se solicita al Consejo Directivo que apruebe la resolución que figura en el anexo A, en el mismo documento.

Comentario del MSP

El MSP celebra la implementación del Plan de Acción Integral Sobre Salud Mental (2013-2020) y su alineación con el Plan estratégico de la OPS. El documento toma en cuenta los determinantes sociales de salud tales como los contextos culturales y socioeconómicos que contribuyen al incremento de los problemas de salud mental. Sin embargo, presenta planes basados en un modelo reduccionista biomédico que no promueve la salud mental integral ni la prevención de los trastornos mentales.

Esta visión promueve un desarrollo de la investigación positivista-biomédica, en búsqueda de fármacos que puedan controlar los síntomas de trastornos mentales, diagnosticados por psiquiatras que desconocen la singularidad subjetiva del ser humano y abren un mercado cada vez más prolífico a costa de la salud global del ser humano.

El párrafo tres presenta una definición única de salud mental desde una visión occidental, articulada al concepto también único de salud de la OMS. Hemos de puntualizar que esta es una definición de salud y una concepción sanitaria-médica dualista. El método de razonamiento de la ciencia basado en la evidencia, cartesiano, separa espíritu-mente del cuerpo.

El documento refleja esta concepción reduccionista, donde la salud mental implica la determinación salud-enfermedad, abordada desde la psiquiatrización, esto está reflejado en las grandes partidas de gasto en hospitales y en medicamentos que van encaminados a sanar un problema de enfermedad que se encuentra en el cerebro, como un mecanismo anatómico y fisiológico que enferma, se daña y que hay que reparar.

De ahí que se propone que ambas definiciones deben ampliarse para considerar las racionalidades de otras concepciones de salud presentes en los modelos y sistemas de salud de los pueblos originarios desde los cuales se deben incorporar nociones tales como “equilibrio, “armonía” y buen vivir”.

Las líneas estratégicas de acción deletrean vías importantes para abordar la salud mental, con el objetivo de ir cerrando brechas de tratamiento tales como la integración de la salud mental en los servicios de salud en general, así como el aumento del "acceso a los servicios como parte de una política de cobertura universal" es ciertamente "clave". Sin embargo, esto no aborda de manera suficiente los determinantes sociales y estructurales más amplios de la salud mental.

“La perspectiva de etnicidad y abordaje intercultural” (párrafo 27) no debe abarcar solamente que el personal conozca y respete diferentes creencias culturales. Una perspectiva de pertinencia intercultural profunda y no racista debe tomar en cuenta los diferentes modelos de atención presentes en las sociedades y contextos de la región, para en éste caso, coordinar esfuerzos para afrontar los principales problemas de salud mental de la población. Los modelos de atención de los pueblos originarios y sus terapeutas disponen de diferentes recursos terapéuticos para abordar dichos problemas, que, además de ofrecer una opción de atención más culturalmente pertinente, brindan otras alternativas terapéuticas a las que por derecho propio deben poder acceder las personas pertenecientes a dichos pueblos.

Además, debemos abordar tanto las manifestaciones emocionales que han de considerarse normales (aflicción, ansiedad) como las conductas problemáticas o desadaptadas (violencia, adicción a drogas) que se desarrollan en situaciones de emergencia. Así mismo, también nos referimos a las acciones que se ejecutan con relación a prevención, atención, tratamiento y rehabilitación de dichos problemas. Con esto en mente, debemos tomar en

cuenta el papel de la comunidad—“salud mental comunitaria”. Cambiar el modelo centrado en los hospitales psiquiátricos hacia un modelo comunitario en salud mental requiere de un cambio conceptual y de redefinir la problemática del ser humano más allá de un modelo sanitario-psiquiátrico.

La línea estratégica de acción dos llama a continuar el trabajo de reestructuración de los servicios de salud mental (párrafo 33). Dado que la salud mental es parte de las múltiples dimensiones de la salud, el aumento y descentralización de los servicios de salud mental y la ampliación de su cobertura a nivel comunitario, pasa por horizontalizar la política y prioridades de salud mental en los diferentes niveles de atención, especialmente en el primer nivel de atención en salud.

Propuesta del MSP

Para lograr la horizontalización en el primer nivel se debe formar, de una manera integral, a los equipos de salud de este nivel de atención para que incorporen la identificación de riesgos, problemas de salud mental y rutas de abordaje de acuerdo al perfil resolutivo que les corresponda. Es decir, la propuesta no es contar con servicios específicos de salud mental separados de los servicios en el primer nivel, sino que todo servicio categorizado como primer nivel pueda ofrecer una atención integral, que incluya el componente de salud mental en la evaluación y atención de las personas. Esta propuesta, además de apostarle a una mayor integralidad de la atención, podría ser financieramente de mayor viabilidad.

Se recomienda que los países no solo se comprometan a incluir el enfoque de salud mental en los servicios de salud, sino también que generen procesos de formación de personal, así como el diseño de guías, protocolos e instrumentos para su efectiva aplicación en el primer nivel de atención. Por otra parte, un abordaje integral de la salud mental en un contexto multiétnico y pluricultural no puede dejar de incluir la coordinación y el diálogo con los terapeutas de los pueblos originarios y el conocimiento por parte del personal sanitario, de sus modelos explicativos y recursos terapéuticos. Especialmente, porque no todos los problemas de salud mental requieren de un abordaje farmacológico.

La OPS debe considerar la multidimensionalidad del ser humano en los programas de salud mental. Esto significa construir una mirada nueva y más amplia sobre los problemas que son el objetivo y sujetos del mandato de la organización. Una mirada que sea transversal e integrada en todos y cada uno de los programas de la organización.

Estos cambios conceptuales nos permitirán hablar de integralidad (cuerpo y mente) en el ser humano. Esto debe ser asociado y considerado como criterios básicos en el plan. Además, se deben generar expectativas con la voluntad de hacer de otro modo las cosas y desarrollar la capacidad para impulsar ese cambio, de promover empoderamiento en las propias comunidades y en los individuos. Estos deben dejar de ser receptores pasivos de la atención sanitaria y la ayuda para que se vuelvan protagonistas, constructores de su propia realidad, de la propia historia. Este empoderamiento – es salud en sí mismo, y mucho más que salud mental.

De la misma manera, la OMS y OPS deben prestar atención a los problemas sociales, políticos, y económicos generados por la inequidad de las políticas de los Estados. Esta concepción debe estar integrada en cada política y en cada acción.

Finalmente, el MSP insta a los estados miembros a asegurar que este Plan de Acción se vea reflejado en los Objetivos de Desarrollo Sostenible. El objetivo 3.4, propuesto en el documento del grupo abierto de trabajo, es el único lugar donde se menciona el término “salud mental”. Debe haber más continuidad entre la agenda Post 2015, los ODS y el Plan de Acción de Salud Mental de OMS, así como en los planes de acción regionales.

Punto de la Agenda 4.8: Plan de acción sobre la salud en todas las políticas

Antecedentes

Se invita al Consejo Directivo revisar el Plan de Acción sobre la Salud en Todas las Políticas (CD53/10 Rev. 1) y considerar la aprobación del proyecto de resolución que figura en el Anexo A del mismo documento.

Comentario del MSP

El enfoque de “salud en todas las políticas” si bien sería deseable como requisito para la formulación de políticas públicas en general, parece partir del falso supuesto que existe un consenso regional de ponderar la salud y las políticas sociales por encima de las políticas económicas.

“Salud en todas las políticas” será posible cuando exista una voluntad política de los gobiernos, cuando la sociedad civil comprenda la importancia de una mirada e intervención integral a este tema, y no solamente con por la intención de una declaración

Esta propuesta conecta un conjunto de iniciativas y estrategias que en los últimos años han estado rondando, incluyendo salud en todas las políticas tales como la atención primaria de salud, los determinantes sociales de la salud, y, más recientemente, la cobertura universal de salud. El texto habla de todas y aunque se centra en la de salud en todas las políticas, vincula las otras sin un sustento teórico – metodológico y sin una jerarquización de ellas, asumiendo que estas se pueden interconectar por la simple voluntad de los Estados.

La propuesta tiene como propósito central enfrentar las inequidades en salud, lo que demanda necesariamente su conexión con la redistribución de la riqueza y del poder (como bien lo anota una de las conclusiones del informe de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud).

Una limitante de este Plan de Acción y sus 6 líneas estratégicas, es que su alcance se limita a la identificación de necesidades, planificación, generación de estructuras y mecanismos así como del fortalecimiento de capacidades para incluir este enfoque dentro de las políticas públicas. En otras palabras, la principal debilidad del documento es que se aborda el problema solamente desde una dimensión técnica o tecnocrática. Si bien los procesos y las herramientas técnicas son útiles para la formulación de políticas públicas, lo que define el contenido y orientación de las mismas es lo ideológico-político. Por ello, el Plan de Acción carece de un marco de compromisos, enfoques de política y metas mínimas a los cuales los Estados se deberían comprometer en relación con este enfoque. Por ejemplo, una política de focalización o paquetes básicos reñiría con el compromiso de lograr cobertura universal, por lo que no debería ser aceptable como opción para alcanzar dicha meta. O bien, una política de reducción de la desnutrición que no contemple la soberanía alimentaria de los pueblos, y que solo enfoque aspectos asistenciales o recuperativos distaría mucho de ser una alternativa de solución.

La mayoría de los indicadores propuestos no son creíbles como medidas significativas de progreso hacia una acción efectiva hacia la equidad en salud y el mejoramiento del estado de salud de la población. Ejemplo de estos indicadores son:

- 1.1.1 Número de países con redes establecidas nacionales / regionales de los grupos de trabajo multisectoriales y las partes interesadas utilizando herramientas para evaluar el impacto de la STP en la salud.
- Línea de base (2014): 6 Target (2019): 18.
- 3.3.1 Número de países y territorios que han incorporado medidas de rendición de cuentas o la mejora de las medidas de rendición de cuentas existentes, tales como las auditorías, el libre acceso a la información y la transparencia del gobierno en todos los componentes de la aplicación STP.
- Línea de base (2014): 4. Target (2019): 12.

Los indicadores serán evaluados por los países y parece probable que van a tener un margen considerable en la interpretación de estos indicadores complejos y mal definidos

El uso de este tipo de indicadores y metas arbitrarias fue objeto de crítica rigurosa por el Equipo de Evaluación Independiente (IET), que llevó a cabo la segunda etapa de la evaluación de la reforma de la OMS (EB134 / 39). La crítica se dirige a la "cadena de resultados" tal como es concebido por la Secretaría de la OMS en relación con la reforma pero se aplica más ampliamente.

Propuesta del MSP

Para el MSP la apuesta central está en la Atención Primaria en Salud (APS) y en la determinación social de la salud. Para la OPS y OMS hoy en día esta apuesta se centra en la cobertura universal de salud entendida como aseguramiento con paquetes establecidos para toda la población. Esto evidencia la diferencia de enfoques y apuestas que tenemos.

Se hace necesario recuperar el enfoque territorial – poblacional de la salud pública, que permita reconocer las dinámicas y necesidades sanitarias desde las dinámicas productivas y reproductivas territoriales y desde allí reorientar las intervenciones institucionales, para que las respuestas sean integradas e integrales y efectivamente atiendan las demandas y necesidades sanitarias que demandan las poblaciones.

Un enfoque territorial-poblacional, da la posibilidad de una intervención institucional conjunta, para que en la praxis se dé la vinculación a los sectores y desde allí se incorporen en las políticas y programas, con lo que se iría más allá de un enfoque que suena un tanto ingenuo de pretender que los sectores incorporen la salud, porque sí, desconociendo las tensiones de poder que se dan en las disputas entre ellos por los temas y los recursos económicos que se colocan en juego para viabilizar las políticas públicas.

Recomendamos a que se jerarquicen las iniciativas y a que se pongan en el centro de ellas la determinación social de la salud y la APS, como ordenadoras de la forma de actuar de los gobiernos para que efectivamente en un enfoque territorial-poblacional, se desarrolle una acción intersectorial que busque como propósito central enfrentar las inequidades sociales, económicas, sanitarias, de género y culturales en la búsqueda del mejoramiento de la calidad de vida y de bienestar de las poblaciones.

Punto de la Agenda 4.11: Estrategia sobre la legislación relacionada con la salud

Antecedentes

El Consejo Directivo está invitado a examinar la Estrategia sobre legislación relacionados con la salud (CD53/13) y considerar la resolución que figura en Anexo A del mismo documento. Una versión anterior de este proyecto de estrategia fue considerada por el Comité Ejecutivo en junio del 2014 (CE154 Doc/20 Rev.1).

Comentario del MSP

Damos la bienvenida a la estrategia sobre legislación relacionada con la salud. El uso efectivo de la legislación es un principio fundamental en salud pública, es por ello que a continuación mencionamos nuestras preocupaciones principales al respecto.

El documento no hace mención alguna a las leyes del comercio y los acuerdos de inversión. Esto se torna sorprendente en vista de los debates actuales sobre el Área de Libre Comercio de las Américas (ALCA), las negociaciones del Acuerdo Estratégico Trans-Pacífico de Asociación Económica y las disposiciones de la Resolución A59.26 adoptadas por la Asamblea Mundial de la Salud (WHA59) que ordena al Secretariado de la OMS de proveer consejería cuando sea necesario.

Esta estrategia debe de proveer de un marco legal explícito en relación a los siguientes puntos:

- el diseño de legislaciones nacionales que hagan uso de la flexibilidad prevista en el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC);
- el uso del criterio de costo-efectividad al establecer los precios nacionales de adquisiciones y/o esquemas de reembolso farmacéutico;
- el evitar disposiciones de Solución de Controversias del Estado (ISDS por sus siglas en inglés) que reduzcan el espacio de las políticas nacionales y dar a las empresas transnacionales un mayor poder de intimidar a los países pequeños.

En vista de la experiencia de México, Ecuador y Uruguay con disputas entre inversionistas y Estado, es particularmente sorprendente que la Solución de Controversias del Estado (ISDS) no sea mencionada.

El documento es también muy selectivo al considerar los determinantes sociales de la salud. Tanto, que no existe mención alguna de la desigualdad económica como un factor determinante de la mala salud ni del papel de la ley en apoyar la cartera de colaboración cruzada para reducir la desigualdad económica y aminorar su impacto. No existen tampoco referencias al marco legislativo que apoye la evaluación del impacto a la salud.

A pesar de la existencia de muchos buenos ejemplos de que el litigio juega un papel constructivo en relación a la salud y seguridad ocupacional, seguridad vial, control del tabaco y otros campos, se debería considerar el diseñar un ambiente legal que permita al litigio jugar un papel activo y constructivo en la salud de las poblaciones.

Por último, no existe en la estrategia mención alguna sobre el promover la construcción de capacidades a nivel nacional y subregional. De la manera en que está escrita la estrategia, se basa en un modelo de extensión, apoyándose en centros con experiencia ya existentes. No considera en forma alguna la construcción de capacidades personales para la investigación, el análisis político y la consulta a los niveles nacional y subregional.