

CARTA DEL EDITOR

Empezamos el año 2015 advirtiendo a nuestros lectores de la necesidad de examinar con atención las políticas que actualmente están en juego en la salud global. Este año es crucial para las críticas, renovación o el cambio de los “Objetivos del milenio” (ODM) adoptados por las Naciones Unidas en el 2000. Entonces se pensó que el 2015 sería el límite para cumplir ocho objetivos (tres de los cuales estaban directamente vinculados a la salud: reducir la mortalidad infantil, mejorar significativamente la salud materna y combatir radicalmente la malaria, la tuberculosis, y el Sida, entre otras infecciones). Estos objetivos no sólo tenían un plazo en el tiempo sino cifras muy precisas a donde se debía llegar en el 2015. Sin duda se ha progresado en la disminución de la mortalidad infantil y materna, en la ampliación del tratamiento de las personas afectadas por la tuberculosis y el Sida y en la protección de las personas que viven en áreas maláricas. Sin embargo, como es claro para la mayoría de los expertos, el cumplimiento de las metas de los ODM ha sido desigual y, en general, la mayoría de los países no van a alcanzar los mismos.

Aunque no está claro cómo será el proceso de renovación de los ODM, ni tampoco cuál o cuáles serán las nuevas prioridades, parece que la protección del medio ambiente, la defensa de los derechos humanos y el combate a las enfermedades consideradas “no prioritarias” (como los cánceres producidos por el consumo de tabaco) estarán presentes en cualquier reformulación que se realice. Sin embargo, corremos el peligro de retroceder a un patrón recurrente en la historia de la salud pública internacional: cambiar de tema cuando encontramos dificultades. Ejemplos de este patrón fueron la meta de “Salud para todos en el año 2000”, que propuso la Conferencia de Atención Primaria de Salud de 1978, y la campaña “3 millones de antirretrovirales para el 2005” (o “3 x 5”), que lanzó hace pocos años la Organización Mundial de la Salud (OMS). Cuando nos acercábamos al año 2000, en el primer caso, y al año 2005, en el segundo, muchos directivos de salud internacional evadieron la discusión de los problemas que explicarían por qué no se estaba consiguiendo el objetivo propuesto en el plazo previsto. Y cambiaron de tema. Por ejemplo, los defensores de la atención primaria dijeron que en realidad lo importante era “Salud para todos” y en el caso de “3 x 5” se destacó los avances en el acceso gratuito a los antirretrovirales. Es verdad que en ambos casos se avanzó en la idea de la universalidad de la salud para los individuos. Pero también es verdad que se perdieron oportunidades para analizar con calma los obstáculos pendientes. En el caso de las ODM, podemos acabar el año celebrando los logros alcanzados consiguiendo reducir la pobreza y mejorando, en parte, la salud de la población.

Por ello, es necesario tomar en cuenta algunas lecciones de la experiencia de los ODM. Por ejemplo, los ODM le dieron un énfasis exagerado a la obtención de buenos indicadores en los promedios nacionales, enmascarando las inequidades internas que afectaban a los más pobres, los vulnerables y los marginalizados. La desigualdad fue especialmente aguda en América Latina donde existían barrios urbanos donde algunos de sus habitantes parecían tener un nivel de vida parecido al de una ciudad industrializada, sin embargo, las condiciones de vida de grupos sociales y regiones menos favorecidas no eran diferentes a las áreas pobres de un país del África subsahariana. A pesar de las distancias sociales, los promedios nacionales eran buenos y cercanos a los “Objetivos del milenio”.

En segundo lugar, los ODM fueron elegidos por los donantes privados y las agencias bilaterales, con alguna intervención de las agencias multilaterales y poca participación de los países de bajos y medianos ingresos. Una anécdota que ilustra este proceso es la siguiente: pocos años después de haber sido aprobados los objetivos, visité la sede de la OMS en Ginebra. Quedé maravillado por los coloridos afiches colgados en casi todas sus paredes y el vocabulario sofisticado vinculado a los mismos que dominaban los funcionarios de esta agencia. Poco después visité el Ministerio de Salud del Perú donde un directivo me explicó los programas rutinarios de inmunización y saneamiento básico. Le pregunté ingenuamente: “¿y cómo vamos en los Objetivos del Milenio? Me miró silenciosamente y desconcertado como confesando que no sabía nada del asunto. Felizmente un joven asesor que nos acompañaba se entrometió en la conversación para decir con cierta ironía: “Esos están en el cuarto piso. Algo incrédulo, llegué al cuarto piso donde se ubicaba la oficina de relaciones internacionales del ministerio y me encontré con una pequeña réplica de la sede de la OMS: los mismos afiches, algo descoloridos, y funcionarios que en su conversación reiteraban en palabras y definiciones memorizadas, que sonaban vacías, las ideas que había escuchado en Ginebra. Al salir del ministerio tuve la sensación de haber visitado dos ministerios diferentes o que existía un ministerio dentro del ministerio donde una parte no sabía lo que hacía la otra. En resumen, los ODM no atravesaron las políticas del Ministerio de Salud y mucho menos – como se suponía que debían hacerlo – las políticas del gobierno peruano. Quizás es utópico, pero importante, aspirar a un proceso inclusivo en la elaboración o reelaboración de las nuevas metas lo que permitirá mayor flexibilidad, sustentabilidad, participación y empoderamiento local de las mismas. También, tenemos el derecho de imaginar que un proceso inclusivo provocará la quiebra de la política esquizofrénica de gobiernos de naciones pobres y de medianos ingresos que en décadas recientes implementaron medidas económicas de ajuste estructural que aumentaban la pobreza y, al mismo tiempo, aprobaron políticas de salud para aliviar la pobreza.

Aunque hay muchos asuntos que deben ser resueltos, como los mecanismos financieros para implementar las renovadas políticas de desarrollo, parece que dos visiones se enfrentarán nuevamente para definir los rumbos de la salud global durante el 2015. En primer lugar, una agenda holística, en parte inspirada en los informes de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud que incluyen la eliminación de la pobreza extrema y la universalidad de servicios de salud de calidad, no sólo curativos sino preventivos y de rehabilitación. Otra visión, tecnocrática, parece inclinada a proponer metas específicas como una versión restringida de la cobertura universal de salud.

En este número de la revista se discuten varios asuntos vitales para este debate en la salud global contemporánea como la bioética, la potencialidad de la cooperación sur-sur para redefinir la agenda de salud internacional y superar la fragmentación de las agencias nacionales e internacionales de salud, y la interface entre las dimensiones internacionales, nacionales y locales en la historia de la salud latinoamericana y global.

Este número no hubiera sido posible sin la valiosa cooperación y apoyo de la Organización Panamericana de la Salud. La importancia del papel que esta organización cumple en los asuntos que aquí se tratan aparece reflejada en algunos de los estudios que publicamos. Esperamos que la lectura de los artículos de este número nos ayude a comprender y asumir los desafíos que enfrentamos y enfrentaremos en el 2015 y en los años siguientes.

Marcos Cueto
Editor científico